



МІНІСТЕРСТВО ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ
ЗАПОРІЗЬКИЙ ДЕРЖАВНИЙ МЕДИЧНИЙ УНІВЕРСИТЕТ
КАФЕДРА СУСПІЛЬНИХ ДИСЦИПЛІН
КАФЕДРА ДИТЯЧИХ ХВОРОБ

ЗБІРНИК МАТЕРІАЛІВ

**III Всеукраїнської
науково-практичної конференції
з міжнародною участю**

**«Соціально-етичні та деонтологічні проблеми
сучасної медицини
(немедичні проблеми в медицині)»
24-25 лютого 2022 року**



м. Запоріжжя

УДК 614.253(063)

С69

Редколегія:

Боярська Л.М. – завідувач кафедри дитячих хвороб ЗДМУ, кандидат медичних наук, професор;

Утюж І.Г. – завідувач кафедри суспільних дисциплін ЗДМУ, доктор філософських наук, професор;

Котлова Ю.В. – кандидат медичних наук, доцент кафедри дитячих хвороб ЗДМУ;

Сепетий Д.П. – доктор філософських наук, доцент кафедри суспільних дисциплін ЗДМУ;

Мегрелішвілі М.О. – кандидат філософських наук, доцент кафедри суспільних дисциплін ЗДМУ;

Касаткіна К.А. – кандидат історичних наук, викладач кафедри суспільних дисциплін ЗДМУ;

Павленко Н.В. – кандидат філософських наук, викладач кафедри суспільних дисциплін ЗДМУ.

Збірник матеріалів III Всеукраїнської науково-практичної конференції з міжнародною участю «Соціально-етичні та деонтологічні проблеми сучасної медицини (немедичні проблеми в медицині)» (24-25 лютого 2022 року). – Запоріжжя: ЗДМУ, 2022. – 248 с.

Автори матеріалів несуть повну відповідальність за достовірність наданої у доповідях інформації й точність наведених цитат. Точка зору автора не завжди може співпадати з позицією редколегії.

ЗМІСТ

1. ФІЛОСОФІЯ МЕДИЦИНИ – ІНТЕЛЕКТУАЛЬНО-НАУКОВИЙ ПРОЕКТ ХХІ СТ.: ТЕОРЕТИКО-МЕТОДОЛОГІЧНІ АСПЕКТИ

<i>Боярська Л.М., Утюж І.Г., Подлужна В.Р.</i> Роль філософії медицини в підготовці молодих вчених	9
<i>Воронкова В.Г., Андрюкайтене Р.</i> Тенденції розвитку філософії медицини ХХІ століття у контексті зарубіжного досвіду	10
<i>Ureczky E.</i> Careless Carers: The Figure of the Nurse and Representations of the Crisis of Care and Precarity in Post-Millennial Eastern European Cinema	13
<i>Хімич С.Д., Кулик Я.М., Масік Н.П.</i> Морально-етичні принципи в медичному світі та сучасна реальність	16
<i>Козловець М.А.</i> Аксіологічна парадигма медицини як імператив сучасного розвитку людства	18
<i>Білай І.М.</i> Деонтологічні основи проведення фармацевтичної опіки	22
<i>Поцулко О.А.</i> Біотехнологічний конструктивізм як гуманістичний проект в епоху консьюмеризму	23
<i>Утюж І.Г., Кабаков А.О.</i> Вплив індивідуалізованої медицини на практику прийняття медичних рішень	27
<i>Мегрелішвілі М.О.</i> Фактор церкви у прийнятті рішення щодо вакцинації	29
<i>Утюж І.Г., Беленцова К.А.</i> Соціально-філософські проблеми сучасної медицини	31
<i>Ель Гуессаб К.</i> Деонтологічні питання в епоху антропологічної кризи	33
<i>Самойленко О.В., Костюченко Д.О.</i> Значення вивчення філософії медицини для лікарської практики	36
<i>Сініцина А.В., Дойчик М.В.</i> Філософія здоров'я як складова філософії медицини	38
<i>Іванова К.А., Балабай Я.В., Кулакова О.М.</i> Актуальність вивчення біоетики у сучасній системі освіти	40
<i>Сепетий Д.П.</i> Проблема критеріїв науковості у медичному контексті	42
<i>Сумченко С.В.</i> Технології редагування геному людини: деякі філософські проблеми	45
<i>Боярська Л.М., Герасимчук Т. С., Шевченко Р.Л., Капуста В.М., Сліпко В.О., Козлова О.М., Шайхет А.С.</i> Вплив екологічних ризиків біологічного спрямування на якість життя та цілісний світогляд лікарів, що базується на принципах гуманізму і милосердя (випадок з практики)	46
<i>Білокопитова Н.І.</i> Медикалізація культури: етичний підхід	49
<i>Котлова Ю.В., Курочкіна Т.І.</i> Біль у новонароджених – етична, медична, виховна проблема	51
<i>Ханжи В.Б.</i> Двоїсте моделювання: темпоралізація добра і зла та етизація антропоного часу	55

<i>Герасімчук Т.С., Стрижко М.В., Сліпко В.О.</i> Вплив SARS-COV-2 на психічне здоров'я та неврологічний стан населення	57
<i>Корсак Ю.К.</i> Про джерела сучасних консцієнтальних нападів та підвищення стійкості молоді	61
<i>Іванькова Н.А.</i> Філософські проблеми в умовах зміни парадигми навчання	65
<i>Дубініна Я.П., Герасімчук Т.С., Шаменко В.О.</i> Антивакцинаторство: міждисциплінарний підхід до оцінки явища	66

2. ПІДГОТОВКА СПЕЦІАЛІСТА В СУЧАСНОМУ СУСПІЛЬСТВІ

<i>Боярська Л.М., Котлова Ю.В., Подліанова О.І., Потапенко С. В., Левчук-Воронцова Т.О., Дмитрякова Г.М., Гребенюк Л.В.</i> Професійне формування особистості лікаря у світі нових освітніх реалій	70
<i>Турган О.Д.</i> Енергія художнього слова в системі підготовки фахівців медико-фармацевтичного спрямування	73
<i>Марушко Ю.В., Дмитришин Б.Я., Бовкун О.А., Єсіпова С.І., Дмитришин О.А.</i> Формування соціальних навичок як необхідного компонента конкурентоспроможності лікаря	75
<i>Карпенко К.І.</i> Викладання курсу «Етикет у суспільстві, етикет в медицині»: виклики та відповіді	77
<i>Касаткіна К.А.</i> Особистісно-орієнтований підхід в організації самостійної роботи іноземних студентів	80
<i>Стиця Н.В.</i> Принцип цілісності світоглядної підготовки лікаря	82
<i>Ravlenko N.V.</i> The importance of “soft skills” in formation of physicians’ competencies	84
<i>Самойленко О.В., Степанов О., Уточкін Я.</i> Нейрофізіологічні стратегії оптимізації підготовки до іспиту КРОК	85
<i>Четвертак Т.Ю., Шкопинська Т.Є., Поправко М.І.</i> Розвиток емоційного інтелекту здобувачів медичної освіти	87
<i>Цуркан М.В., Цуркан І.М.</i> Роль української мови у підготовці міжнародних фахівців медичної галузі	88
<i>Уварова О.О., Сікорська О.О.</i> Уміння самоорганізації у майбутніх лікарів як умова формування професійного іміджу	90
<i>Ткач А.В.</i> Суспільно-гуманітарні дисципліни – основа національно-патріотичного виховання майбутнього лікаря	91
<i>Канигіна С.М., Черепок О.О., Пузік С.Г., Волох Н.Г.</i> Деонтологічна готовність фахівців спеціальності 227 «Фізична терапія, ерготерапія»	93
<i>Канигіна С.М., Черепок О.О., Дац Д.І., Івченко А.О.</i> Соціально-етичні, деонтологічні та професійно спрямовані питання підготовки фахівців з фізичної терапії	94
<i>Корсак К.В.</i> Про зв'язок емоційного здоров'я молоді України з вибором змісту обов'язкового компонента національної освіти	96

<i>Пащенко І.В., Круть О.С., Підкова В.Я.</i> Компетентнісний підхід у викладанні педіатрії майбутнім лікарям-лаборантам	99
<i>Савельєв В.Г., Рябоконт О.В., Фурик О.О., Ялова Г.В., Рябоконт Ю.Ю.</i> Про деякі аспекти формування світогляду у студентів за умови сучасних вимог ...	101
<i>Ляшенко Л.М.</i> Англійська мова у системі освіти України в минулому і майбутньому	102
<i>Касьянова О.М., Корж Г.В.</i> Актуалізація виховного потенціалу історичної пам'яті в системі післядипломної медичної освіти як відповідь на виклики сучасності	105
<i>Корнієнко Г.В., Дмитряков В.О.</i> Шляхи покращення підготовки лікарів-інтернів дитячих хірургів під час базового циклу інтернатури	107
<i>Федько О.Ю.</i> Публічне мовлення як показник комунікативної компетентності майбутнього лікаря	110
<i>Бушман В.С.</i> Підготовка студента-лікаря у сучасному суспільстві	112
<i>Михайлюк Є.О.</i> Сучасні вимоги до підготовки фармацевтичних працівників у контексті безперервного професійного розвитку	113
<i>Мазулін О.В.</i> Підвищення ефективності навчання фармакогнозії провізорів-інтернів у програмі Microsoft Teams	114

3. РОЗУМІННЯ РОЛІ, ЗНАЧЕННЯ, РІВНЯ ВІДПОВІДАЛЬНОСТІ ТА ЦІННОСТІ ЛІКАРЯ СУЧАСНИМ СУСПІЛЬСТВОМ

<i>Боярська Л.М., Іванова К. О, Гребенюк. Л.В.</i> Імідж лікаря як показник рівня довіри пацієнта	117
<i>Марков Ю.І.</i> Етика та деонтологія в клінічній токсикології	121
<i>Ткаченко Н.О., Демченко В.О., Червоненко Н.М., Зарічна Т.П., Маганова Т.В.</i> Соціально-етичні та деонтологічні аспекти взаємовідносин у професійній парі «Лікар-фармацевт»	129
<i>Давидова А.Г., Курочкін М.Ю., Капустін С. А.</i> Проблема прийняття рішень в медицині критичних станів	131

4. ПРОБЛЕМА ПРОФЕСІЙНОГО ВИГОРАННЯ: «CONSUMOR ALIIS INSERVIENDO»

<i>Vasetska L.I.</i> The role of the head of the department of institution of higher education in the prevention and counteracting of professional burning of a teacher .	133
<i>Пацера М.В., Стець В.Р.</i> Сучасні погляди на професійне вигорання викладача закладу вищої освіти	135
<i>Artemenko Y., Rosliakova M.</i> Traditional Shinto group practices as elements of Japanese “Corporate Therapy”	137
<i>Подліанова О.І., Котлова Ю.В., Дмитрякова Г.М.</i> Професійне вигорання у лікарів-інтернів	138

<i>Кравченко В.Ю.</i> Професійне та емоційне вигорання працівників медичної сфери	141
<i>Шовкопляс О.В.</i> Проблема професійного вигорання педагогів	143
<i>Разумна А.Г., Стриженко Т.О.</i> Професійна ідентичність як чинник запобігання професійного вигорання лікарів	146
<i>Стынкэ К.А., Пынзару Ю.В., Тону Т.С.</i> Условия труда и уровень заболеваемости медицинского персонала бригад скорой медицинской помощи	149

5. ПРОБЛЕМА ТІЛЕСНОСТІ

<i>Вещикова О.С.</i> Тематика тілесності у творчості Гевіна Френсіса	153
<i>Мереуцэ И.Е., Леорда А.И., Ожован В.В.</i> Морально-этические проблемы в исследовании сахарного диабета I типа у детей	155
<i>Капустін С.А., Давидова А.Г.</i> Допомога невиліковно хворій людині: гуманітарний аспект	158
<i>Крупей К.С.</i> Основні принципи створення недискримінаційного освітнього середовища при викладанні студентам дисципліни “Мікробіологія, вірусологія та імунологія”	159
<i>Цимбал А.Ю., Котлова Ю.В.</i> Місія філософії в сучасній діагностиці стану мінеральної щільності кісток у передчасно народжених – близнюків	162
<i>Маганова Т.В., Ткаченко Н.О.</i> “Контрацепція – зло чи благодать?” у світлі філософського питання тілесності	163
<i>Русу-Радзикевич Н.В.</i> Некроз костей лица, связанный с проблемой телесности	165
<i>Савельев В.Г., Рябоконтъ Е.В., Фурик Е.А., Ялова Г.В., Рябоконтъ Ю.Ю.</i> Философия религии и проблема телесности и нравственности в здоровье человека	170

6. ПРОБЛЕМА ЛІКАРЯ-ВИКЛАДАЧА – ЯКИЙ ПІДХІД ДО РОБОТИ ЗІ СТУДЕНТАМИ Є ОПТИМАЛЬНИМ?

<i>Рудько Н.П., Александрова К.В., Крісанова Н.В.</i> Проблема академічної прокрастинації та навчальної мотивації студентів ЗВО	173
<i>Подліанова О.І., Котлова Ю.В., Дмитрякова Г.М.</i> Кліпове мислення: втрачені пазли	175
<i>Візір В.А., Деміденко О.В., Садомов А.С., Приходько І.Б., Буряк В.В., Шолох С.Г.</i> Оптимізація підходів до самостійної роботи іноземних студентів	177

7. ПРОБЛЕМИ МЕДИЧНОЇ ДИСТАНЦІЙНОЇ ОСВІТИ В УМОВАХ ПАНДЕМІЇ

<i>Марков Ю.І.</i> Особливості дистанційного навчання в умовах пандемії	179
<i>Марушко Ю.В., Бойко Н.С., Чабанович О.В.</i> Особливості викладання педіатрії в умовах пандемії COVID-19	184

<i>Ткаченко Н.О., Рябокони Ю.Ю.</i> Соціально відповідальна поведінка закладу вищої освіти як запорука якісної підготовки фахівців галузі охорони здоров'я у контексті безперервного професійного розвитку	188
<i>Самойленко О.В., Бабошкін А.І., Книш Є.А.</i> Особливості інтеграції дистанційного навчання у вищих навчальних медичних закладах	190
<i>Мирошниченко О.А.</i> Цифрова компетентність викладачів закладів вищої освіти – необхідність сьогодення	191
<i>Поцулко О.А., Вільчаускас Д.С.</i> Проблеми дистанційної освіти в умовах пандемії (на прикладі Донецького національного медичного університету)	193
<i>Руда В.В.</i> Профілактика порушення академічної доброчесності здобувачами вищої освіти в умовах дистанційного навчання	196
<i>Мазур В.І.</i> Проблеми дистанційної освіти при вивченні педіатрії на 4 курсі медичного факультету	197
<i>Скрипникова Я.С., Товма А.В.</i> Запобігання академічної недоброчесності студентів в умовах дистанційного навчання	199
<i>Городкова Ю.В., Курочкін М.Ю.</i> Дистанційне навчання: переваги і недоліки ..	200
<i>Гайдай Н.В., Ревенько О.М., Олійник Н.С.</i> Проблема медичної дистанційної освіти в умовах пандемії – сучасні освітні можливості до професійної підготовки студентів з англomовною формою навчання з фаху «Акушерство і гінекологія»	202
<i>Соляник О.В.</i> Важливість симуляційного навчання студентів у здобутті практичних навичок з пропедевтичної педіатрії в умовах пандемії	205
<i>Хіріна Г.О.</i> «Віртуальна освіта» - нові можливості здобуття нових навичок та компетентностей в умовах пандемії	206
<i>Підкова В.Я., Пащенко І.В., Круть О.С., Безсмертна Ж.В.</i> Щодо мотивації студентів-медиків, які навчаються дистанційно в період пандемії	208
<i>Михайлюк Ю.І.</i> Впровадження челенджів як засобів ефективної взаємодії зі здобувачами освіти	209
<i>Доля Р.Є.</i> Особливості роботи сучасного лікаря-інтерна	210

8. ОСОБЛИВОСТІ ФУНКЦІОНУВАННЯ НАЦІОНАЛЬНОЇ СИСТЕМИ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я В УМОВАХ ПАНДЕМІЇ

<i>Поцулко О.А., Белякова М.С.</i> Проблема боротьби з COVID-19 під час першої хвилі пандемії: перспективи на майбутнє	212
<i>Ковтун Н.М., Ковтун Ю.В.</i> Довіра як чинник суспільного розвитку України в умовах подолання соціальної невизначеності внаслідок пандемії COVID-19 ...	215
<i>Комарова Н.В., Бутченко Т.І.</i> Розвиток інформаційної свідомості суспільства як передумова подолання пандемії	218
<i>Скворець В.О.</i> Національні системи охорони здоров'я перед викликом пандемії коронавірусу	220

Ковтун Н.М., Заліщук О.П. Патерналізм як основа державної політики КНР у площині подолання наслідків пандемії COVID-19 224

9. МАЙБУТНЄ МЕДИЦИНИ: СОЦІАЛЬНО-ФІЛОСОФСЬКЕ ПРОГНОЗУВАННЯ

Лепський М.А. Нариси візії майбутнього медицини 227

Сазанович Л.В. Партисипативність пацієнта *via* активна недовіра: соціально-філософський погляд229

Нікітенко В.О., Воронкова В.Г., Олексенко Р.І. Медицина майбутнього у контексті філософського осмислення231

Масюк О.П., Заїка О.В. Впровадження програм well-being для забезпечення здоров'я працівників організації в Україні 234

Пунченко О.П., Воронкова В.Г. Здоровоохранение - детерминирующая составляющая глобальных проблем человека236

Садовніков О.К. Експертні системи як фактор зміни форм охорони здоров'я .. 244

1. ФІЛОСОФІЯ МЕДИЦИНИ – ІНТЕЛЕКТУАЛЬНО-НАУКОВИЙ ПРОЕКТ ХХІ СТ.: ТЕОРЕТИКО-МЕТОДОЛОГІЧНІ АСПЕКТИ

РОЛЬ ФІЛОСОФІЇ МЕДИЦИНИ В ПІДГОТОВЦІ МОЛОДИХ ВЧЕНИХ

Боярська Людмила Миколаївна, професор, зав. кафедри дитячих хвороб

Утюж Ірина Геннадіївна, професор, зав. кафедри суспільних дисциплін

Подлужна Валерія Русланівна, аспірант кафедри дитячих хвороб,

Запорізький державний медичний університет

У наш час суспільство розуміє необхідність постійного розвитку і вдосконалення знань та технологій. Якість життя значно залежить від галузі охорони здоров'я, тож лікарі та суміжні з медициною спеціалісти постійно вдосконалюють свої знання та навички, а лікарні та медичні центри поповнюються досягненнями інженерів, фізиків, хіміків та фахівців з комп'ютерних технологій. Але діяльність лікарів – це не лише система інформативності та виконання обов'язків, а ще й система цінностей. Вічною цінністю для лікаря є здоров'я людини. У всіх країнах світу лікар – це престижна професія, а люди які присвятили цій сфері життя володіють глибокими теоретичними та фундаментальними медичними знаннями, ґрунтовною практичною підготовкою, самодисципліною та відданістю своїй справі. Але усвідомлення своєї суспільної цінності як фахівця самим лікарем недостатньо, престижною ця професія стає, коли його професійну честь визнає суспільство.

Наразі в Україні лікар – це обслуговуючий персонал. За теперішніх умов, коли домінує фізичне, психо-емоційне навантаження як в підготовці так і у роботі лікарів, незадовільна організація і фінансування системи охорони здоров'я, мови про вдосконалення лікарської справи йти не може. На сьогоднішній день лікар на місяць отримує в середньому 190 доларів, працюючи щодня з потенційно або достовірно інфікованими на коронавірус, наражаючи себе та свою сім'ю на небезпеку, при цьому повинен займатися вдосконаленням знань, відвідуючи семінари і лекції часто за власний кошт.

Фахівці з суміжних з медициною спеціальностей повсякчас винаходять нові прилади та реагенти, аби оптимізувати процес діагностики, лікування та профілактики захворювань. Так ми вже не уявляємо сучасну медицину без КТ, МРТ, ЕхоКГ, УЗД, біохімічних, цитохімічних, імунобіологічних, ендоскопічних методів дослідження тощо. Безумовно такий науково-технічний прогрес вплинув на формування професійного світогляду лікарів, на їх діяльність та ціннісні орієнтири. Вчені-медики та практикуючі лікарі беруть за мету пізнавальну та практичну діяльність, пошук нових нетрадиційних методів діагностики, вдосконалення схем та методів лікування, активізацію шляхів використання сучасних технічних засобів для отримання, перетворення, зберігання і застосування медичної інформації. За цих обставин предметом дослідження стає цілісна система медичних знань, яка постійно оновлюється. Так, наприклад, метод високочастотної ультразвукової сонографії додаткових пазах носа, який досі мало відомий отоларингологам, дозволяє з точністю

75-95% встановити наявність або відсутність патології цих синусів без небажаного опромінення, що безумовно є плюсом. Також метод швидкий і безпечний у використанні від народження, що дозволить звести діагностику до кількох хвилин і спостерігати пацієнта в динаміці без шкоди здоров'ю.

Наразі лікарю недостатньо знати лише базис, адже необхідно адаптуватися до невпинного руху і прогресу. З іншої сторони, більшість державних лікарень не мають умов для розвитку спеціалістів, тож в Україні спостерігається постійна міграція медичних кадрів або за кордон, або у приватні лікарні, або у іншу сферу діяльності. Але віра у вітчизняну медицину є, оскільки незважаючи на усі перепони зі сторони держави, молоді люди вступають до медичних закладів і поповнюють ряди медичних працівників.

Особливе місце в навчанні медиків має гуманітарна освіта, знання світогляду народу, його історії, філософії, культури, всієї системи моральних та духовних цінностей. «Найкращий лікар – філософ» – так названий один із трактатів Галена. Так само і для науковців філософський аналіз та методологічне осмислення є невід'ємною частиною роботи, яка допомагає знаходити сенс, раціональні пояснення, використовувати досвід попередників на благо суспільства та робити відкриття, які є запорукою прогресу, а може і рятунку людства.

Резюмуючи вищенаведені міркування, можна зробити висновок, що роль філософії медицини розуміють ті, хто пливе проти течії і створює щось нове, інакше кажучи «Non progredi est regredi» – «Не йти вперед – означає відступати».

ТЕНДЕНЦІ РОЗВИТКУ ФІЛОСОФІЇ МЕДИЦИНИ ХХІ СТОЛІТТЯ У КОНТЕКСТІ ЗАРУБІЖНОГО ДОСВІДУ

Воронкова Валентина Григорівна, д. філос. н., професор, в.о. зав. кафедри менеджменту організацій та управління проектами, Інженерний навчально-науковий інститут ім.Ю.М. Потебні Запорізького національного університету,

Андрюкайтене Регіна, доктор PhD соціальних наук (менеджмент), доцент, зав. кафедри бізнесу та економіки,

*Марьямпольський університет прикладних наук (Марьямполь, Литва),
лектор Литовського університету спорту (Каунас, Литва)*

Філософія медицини ХХІ століття базується на експоненціальному зростанні й конвергенції технологій, в основі якої геноми, стовбурні клітини, 3D-принтери, електротранспорт тощо. Коли йдеться про медицину, то виявляється, що система більш хвора, ніж пацієнти. Навіть термінологія збиває з пантелику. Сьогодні похід до лікаря більше асоціюється з хворобою, ніж зі здоров'ям. Це вже реакція на подію, а не робота на випередження. Лікарі діють постфактум, часто ведучи неефективні, дорогі й абсурдні битви. Наприклад, у США через страх перед відповідальністю медики витрачають на непотрібні пацієнтам процедури 210 млрд. щороку [1, с.160]. У галузі медичних досліджень ситуація не краща, з 5 тисяч нових препаратів лише 5 доходять до тестування на людях і лише 1 отримує ліцензію. Через це новим препаратам потрібні у середньому 12 років і 2,5 млрд. доларів, щоб дійти до пацієнта. При

цьому звичайний американець щороку витрачає 10739 доларів на медичне обслуговування. Це більше, ніж у будь-якій іншій країні. Якщо нічого не зміниться до 2027 року ця галузь поглинатиме майже 2 % ВВП США [1, с.161]. Філософія медицини XXI століття стосується технологій і зсувів у парадигмах людського мислення. На технологічних рейках відбувається перебудова потяга медичного обслуговування. Локомотивом виступає конвергенція сенсорів, мереж і штучного інтелекту, яка трансформує принципи діагностики, в основі якої діагностика захворювань та 3D-принтери, які змінюють природу медичних процедур, а штучний інтелект, геноміка та квантові обчислення змінюють самі ліки. При цьому внаслідок цього технологічного злиття, відбуваються зміни двох парадигм. Перша – зміцнення акценту з хвороби на здоров'я, перехід від системи, що реагує на наслідки, до системи, що діє на випередження й шукає персональний підхід до кожного пацієнта. Наступна – у зміні системи управління, використання потенціалу доповненої реальності, а саме штучного інтелекту та експоненціального зростання інформації (використання великих даних BIG DATA). Медичне відділення Alphabet під назвою Veriarty Life розробляє великий спектр внутрішніх і зовнішніх сенсорів, які слідкують за всім, від рівня цукру у крові до її повного хімічного складу. Доступний портативний 3D-апарат для ультразвукової діагностики на базі штучного інтелекту від Echo Imaging скоро зможе слідкувати за будь-чим, від загоювання рани до росту дитини у матці, не виходячи з дому. За допомогою червонолазерної голографії прилад Openwater створює портативний еквівалент апарату МРТ, перетворюючи машину вартістю у мільйони доларів на маленький електронний прилад і даючи трьом чвертям мешканців планети доступ до сканування, якого вони досі не мали. Менш ніж за 20 років переносні наручні пристрої пройшли шлях від простого підрахунку кроків до iWatch четвертого покоління від Apple, у яких є ЕКГ-сканер у режимі реального часу відстежує роботу серця. Слід акцентувати увагу і на поєднанні простих у використанні медичних сенсорів і діагностичного штучного інтелекту, доступ до якого здійснюється через додаток, який виявляє більше 50 поширених захворювань. Усі ці розробки представляють майбутнє медицини, у якому ми матимемо постійний моніторинг нашого організму, використовуючи прості діагностичні методи. Робоча назва цієї нової галузі – мобільні медичні послуги, частка якої на ринку до 2022 року становитиме 102 млрд доларів. Медичному порталу доведеться поступитися, так як мова йде про можливість мати у кишені особистого віртуального лікаря для кожного. Зараз ринок заповнюють медичні чат-боти на базі штучного інтелекту, які породили хвилю злиття мереж, сенсорів і обчислювальних технологій. Ці додатки діагностують сотні захворювань, включаючи і наше психологічне здоров'я. Через Facebook він проводить терапію для пацієнтів, які страждають на депресію. Вже сьогодні пропонується послуга, в основі якої щорічний трьохгодинний огляд, до якого входить визначення послідовності геному, МРТ всього тіла, КТ серця й легень, електрокардіограма, ехокардіограма й низка клінічних аналізів крові, що дає повну картину стану людського організму. Ця картина важлива з точки зору діагностування захворювань на ранніх стадіях. Загалом у 14.4% клієнтів

виявили серйозні захворювання, що потребують негайного втручання, а ще у 40% – хвороби, що вимагають постійного нагляду. Завдяки спеціальним сенсорам наш смартфон може стати особистим лікарем. Експерти називають персоналізовану геноміку медичною революцією. Якщо ми зрозуміємо геном, то ми зможемо оптимізувати наше «Я»: ми зможемо підібрати ідеальну їжу, ідеальні ліки, ідеальний режим тренування, які харчові добавки найліпші для вашої фізіології. Так, у 20% пацієнтів, яким зробили аналіз ДНК, виявили рідкісні захворювання, що несуть загрозу для життя й вимагають негайного лікування [1, с.165]. У 2018 році Національний інститут охорони здоров'я у Гарварді та подібні йому організації запустили проект All of Us, роздавши 27 млн. доларів у вигляді грантів на розшифрування мільйонів геномів. Якщо їм це вдасться це зробити, то буде налагоджена робота по вирощуванню органів з трансплантації, отримано зброю для боротьби з вірусами й раком, дешеві ліки та вакцини. Ще одна мета – навчитись редагувати геном за допомогою технології CRISPR, яку ще називають «молекулярні ножиці». Ще рано про щось говорити, але прогрес у цьому напрямку вражає. Нещодавно вчені сконструювали ген опору кокаїновій залежності та вживили його миші, «вимкнули ген, що відповідає за м'язову дистрофію у собак» і почали розробляти персоналізовані пани лікування раку у людей. Працюють навіть із комахами. Дослідники з Імперського коледжу Лондона за допомогою CRISPR вивели нову породу комарів, які не дають потомство та, крім цього, мають витіснити своїх малярійних родичів. Це буде справжня медична революція шляхом редагування генетичного коду різних біологічних видів. Власне, це вже відбувається. Наприкінці 2018 року польові випробування провели в Бруклін-Фасо, що особливо потерпає від малярії. Зараз на ринок прямують десятки роботів-хірургів, що спеціалізуються на проблемах із хребтом; колоборативні роботи, що допомагають хірургам, а не замінюють їх; роботи-хірурги, що працюють в операційній; перспективи мають автономні роботи, такі як STAR. Завдяки армії дешевих нових роботів, мають вийти на ринок у 2020 році роботи, що «демократизують хірургію». Вже створено мікроскопічного робота, який рухається крізь тканини зі швидкістю близько 60 см/год, причому дуже чітко й акуратно, направляючи його слабкі магнітні поля. Уже за кілька років вони вийдуть на пік свого розвитку та будуть активно використовуватися для діагностики, локального використання медикаментів та мінімальної інвазійної хірургії. 3D-принтери теж ввійшли до операційних, які допомагають створювати протези й органи, фахівці створюють органи, вуха, серцеві шунти, спинний мозок, черепні пластини, тазостегнові суглоби та спеціальні хірургічні інструменти, а можливість друку електроніки дає змогу виготовляти біонічні частини тіла. Успішно розвивається клітинна медицина у боротьбі проти хвороб. Пацієнту імпонують живі клітини, які тією чи іншою мірою впливають на різні функції організму: вирощують волосся, омолоджують тканини, вбивають рак, відновлюють пошкоджені ділянки серця, лікують автоімунні захворювання, перетворюючи стовбурові клітини людської, яка містить значний запас стовбурових клітин, на реальні ліки. Це далеко не повний перелік тих відкриттів, які створила сучасна медицина за допомогою

сучасних проривних технологій, а філософія допомагає людині бути здоровою, щасливою, витребуваною [2, Р. 204-212].

Список використаних джерел

1. Діамандіс Пітер, Котлер Стівенс. Майбутнє ближче, ніж здається. Як технології змінюють бізнес, промисловість і наше життя / пер. з англ. Дмитро Кожедуб. Київ: Лабораторія, 2021, 320 с.

2. Пунченко Олег, Воронкова Валентина, Водопьянов Павел (Республіка Беларусь). Здравоохранение как глобальная проблема человечества. International scientific-practical conference “Management. business. technologies - innovation. trends and challenges ”. 20 – 21 May 2021, Marijampole. P. 204-212.

CARELESS CARERS: THE FIGURE OF THE NURSE AND REPRESENTATIONS OF THE CRISIS OF CARE AND PRECARIETY IN POST-MILLENNIAL EASTERN EUROPEAN CINEMA

*Eszter Ureczky, senior lecturer, Department of British Studies,
Institute of English and American Studies, University of Debrecen, Hungary*

The current crisis of care (as theorized by Susan S. Phillips, Michael Slote and Virginia Held, among others) has already left its mark on contemporary Western European and American cinema, as there seems to be a recent tendency of films addressing the shortcomings of the welfare system, hygienic modernity, and hospital cultures, such as *I, Daniel Blake* (Ken Loach, 2016), *Amour* (Michael Haneke, 2012), *The Unknown Girl* (Jean-Luc and Pierre Dardenne, 2016), *The Father* (Florian Zeller, 2020) in the realm of hard realist pieces or even dystopian works like *The Lobster* (Yorgos Lanthimos, 2015), *Youth* (Paolo Sorrentino, 2015), *The Cure for Wellness* (Gore Verbinski, 2016), or *I Care a Lot* (J Blakeson, 2020) Susan B. Phillips, for instance, claims that “increasingly in the helping professions, personhood and caring have been eclipsed by the depersonalizing procedures of justice distribution, technological problem-solving, and the techniques and relations of the marketplace” (Phillips, 2006, 2); while Nancy Fraser defines the crisis of care as “a more or less acute expression of the social reproductive contradictions of financialized capitalism” (Fraser, 2016, 99).

Most citizens of the global north today live and die in medicalized, biopolitically monitored somatocracies, where old age, especially when it is accompanied by disability, qualifies as an economic and biological malfunction, a disease to be cured. It seems that the dominant “period illness” (Spackman, 1989, 5) of the 21st century can be paradoxically identified as health itself, that is, the ideology and practices of healthism. Health as a condition, in both senses of the word as a state of being and a pathological process, in many ways appears to be the result of modern Western discourses on health- and self-care in the past three centuries, as Michel Foucault points out: with the disappearance of bedside medicine and the “sick man” after the 18th century, which was followed by the emergence of hospital medicine and the patient in the 19th century (Foucault, *The Birth of the Clinic*, 17), new social frameworks of care and welfare came into being in the 20th century.

Nevertheless, by the early 21st century the wellness hotel guest and the care home resident have become crucial figures in the history of Western care systems.

Since especially in the second half of the 20th century a major shift came about in the relationship of the two dominant forms of health care: home and institutional. While home care has never fully lost its morally (but not economically) valorised role ever since, the increasing institutionalisation, professionalization and marketization of care in the past decades has also transformed it into a basic duty of the welfare state in many global north countries, while being heavily influenced on national, historical and geographical differences. At the same time, care is an inalienable part of the “foundational economy”, the essential services on which day-to-day life depends, both material and social (such as electricity or health and care) (Bunting, 2020, 227). By defining care, still often commonly described in a cliché-like but telling manner as the “labour of love,” Dragojlovic and Broom essentially see it as a “relational practice” and emphasize the intersubjective element of especially home care. They also claim that “relations of care need to be approached as assemblages of affective intensities of attention, love, compassion, tensions, discrepancies, contradictions, disappointment, loss, sadness, and (at times) psychological and physical harm” (Dragojlovic and Broom, 2018, 154).

The field of care ethics today aims at interpreting both home and institutional care as social-bioethical issues, as “care ethics can and should offer a comprehensive account of both individual and political morality” (Slote, 2007, xiii). These tendencies are currently “changing market relations, changing the role of the state and [placing] an increasing emphasis on individual responsibility”; as a result, “the extension of competitive markets into all spheres of life – the economy, politics, education, health, and so forth” (Dragojlovic and Broom, 2018, 2) becomes necessary. While citizenship today means having access to certain central resources, such as economic security, health, and education, where “a person's right exists irrespective of their standing in the market” (Neysmith, 2007, 13), the growing responsabilization of the individual and the privatization of risk is also an emerging problem.

Especially since the 19th century, nurses as iconic figures of secularized, state-run health care have often been depicted in literature and film as angelic carer figures, examples of the modern but still nurturing woman. Positive examples of strong, dedicated nurses are *The Nun's Story* (Fred Zinnemann, 1959) where Audrey Hepburn plays, a Belgian nurse and nun; *Florence Nightingale* (Daryl Duke, 1985) a made-for-TV movie featuring Florence Nightingale, the pioneer of nursing; *M*A*S*H* (Larry Gelbart, 1983) is based on a popular novel, it features a nurse character based on two real nurses who served during the Korean War; *The English Patient* (Anthony Minghella, 1996) a romantic movie, set in Italy during World War II, featuring a nurse who takes care of a man with severe burns; *In Love and War* (Attenborough, 1996); *Wit* (Mike Nichols, 2001), which is based on a Pulitzer-prize-winning stage play, where a nurse cares for an ovarian cancer patient; *The Secret Life of Words* (Isabel Coixet, 2005), featuring a nurse traumatized in the Yugoslav wars; *Atonement* (Wright, 2007); *Nurses: If Florence Could See Us Now* (Kathy Douglas, 2013), a documentary for which more than 100 USA nurses were interviewed; *The*

American Nurse (Carolyn Jones, 2014), a recent documentary showing five nurses from varied backgrounds who work in different settings, including a prison, a nursing home, and in labor and delivery in a hospital; *Angels in America*, (Marianne Elliott, Bridget Caldwell, 2017) which is based on the play by Tony Kushner and features several strong nurses, who work on an AIDS ward.

However, nurses also have a dark side in popular and cinematic culture. The figure of the evil nurse is a standard trope in Hollywood movies, see for example: Nurse Alma (*Persona*, Ingmar Bergman, 1966), Nurse Ratched (*One Flew Over the Cuckoo's Nest*, Milos Forman, 1975), Charlotte Diesel (*High Anxiety*, Mel Brooks, 1977), Sherri Martin (*Nurse Sherri*, Al Adamson, 1978), The Krueger Nurse (*Nightmare On Elm Street 4*, Wes Craven, 1984), Annie Wilkes (*Misery*, Rob Reiner, 1990), Ellie Driver (*Kill Bill: Volume 1*, Quentin Tarantino, 2003), *Fragile* (Jaume Balagueró, 2005), *Silent Hill* (Christophe Gans, 2006); Gladys and Maria (*American Horror Story* "Home Invasion", Brad Falchuk, Ryan Murphy, 2011-), Abby Russell (*Nurse 3D*, Douglas Aarniokoski, 2013), *The Babadook* (Jennifer Kent, 2014).

The bureaucratic obstacles and the indolence of a healthcare system in crisis, as well as crumbling of care practices show quite a different picture in today's Eastern European filmmaking, where the care-ethical questions of the medical establishment, the responsabilization of patients, as well as the experience of universal precarity play out against a recognizably post-Socialist socio-economic scenario. By transcending geographical and national boundaries, the paper examines several examples of recent Eastern European cinema: *Pál Adrienn* (Ágnes Kocsis, 2010, and *Johanna* (Kornél Mundruczó, 2004) from Hungary, *Bezbož* (Ralitza Petrova, 2016) from Bulgaria, *4 Months, 3 Weeks, Two Days* (Cristian Mungiu, 2007) and *The Death of Mr. Lazarescu* (Cristi Puiu, 2005) from Romania, and *Elena* (Andrey Zvyagintsev, 2011) from Russia, where the crisis of care is embodied by the paramedical, marginal, and often eerily inhuman figure of the female nurse, the symbol of the failing nanny state, who, essentially, could not care less.

Bibliography

1. Ariés, Philippe. *Western Attitudes Towards Death: From the Middle Ages to the Present*. Marion Boyars, 1974.
2. Baudrillard, Jean. *The Agony of Power*. Trans. Ames Hodges. Semiotext(e), 2010.
3. Bunting, Madeleine. *Labours of Love: The Crisis of Care*. Granta, 2020.
4. Dragojlovic, Ana and Alex Broom. *Bodies and Suffering: Emotions and Relations of Care*. Routledge, 2018.
5. Elias, Norbert. *The Loneliness of the Dying*. Trans. Edmund Jephcott. New York, London: Continuum, [1985] 2001.
6. Fraser, Nancy. "Contradictions of Capital and Care." *New Left Review*. July, Aug. 2016: 99-117.
7. Foucault, Michel. *The Birth of the Clinic: An Archeology of Medical Perception*. Trans. A. M. Sheridan. Routledge, 1963.
8. Gadamer, Hans-Georg. *The Enigma of Health*. Trans. Jason Gaiger and Nicholas Walker. Stanford UP, 1996.

9. Gilleard, Chris and Paul Higgs. *Ageing, Corporeality and Embodiment*. Anthem Press, 2013.
10. Gordon, S. & R. Johnson. "How Hollywood Portrays Nurses: Report from the Front Row". *Truthaboutnursing.org*. 2004. http://www.truthaboutnursing.org/research/orig/gordon/gordon_johnson_revolution.pdf
11. Icart Isern, Maria Teresa. "Nurses in Film: The Evolution of a Profession Through Cinema." *Metode.org*. 01. 03. 2018. <https://metode.org/issues/article-revistas/nurses-in-film.html>
12. Mills, Catherine. *Biopolitics*. Routledge, 2018.
13. Neysmith, Sheila M. "Enter the Elderly Woman as Citizen: The Implications of a Feminist Ethics of Care." *Care of the Aged*. Eds. James M. Humber and Robert F. Almeder. Springer Science+Business Media, 2003: 3-26.
14. Noys, Benjamin. *The Culture of Death*. Berg, 2005.
15. Phillips, Susan S. *The Crisis of Care: Affirming and Restoring Caring Practices in the Helping Professions*. Eds. Susan S. Phillips and Patricia Benner. Georgetown University Press, 1996.
16. Slote, Michael. *The Ethics of Care and Empathy*. Routledge, 2007.
17. Spackman, Barbara. *Decadent Genealogies. The Rhetoric of Sickness from Baudelaire to D'Annunzio*. Cornell UP, 1989.
18. Ureczky, Eszter. "Crises of Care: Precarious Bodies in Western and Eastern European Clinical Film Dystopias." *Contact Zones: Studies in Central and Eastern European Film and Literature*. 2018/1. <http://contactzones.elte.hu/journal/20181-2>

МОРАЛЬНО-ЕТИЧНІ ПРИНЦИПИ В МЕДИЧНОМУ СВІТІ ТА СУЧАСНА РЕАЛЬНІСТЬ

*Хіміч Сергій Дмитрович, доктор медичних наук, професор,
академік ГО НАН ВО України, завідувач кафедри загальної хірургії,
голова комітету з біоетики,*

*Кулик Ярослава Михайлівна, кандидат медичних наук, доцент,
доцент кафедри педіатрії №1, секретар комітету з біоетики,*

*Масік Надія Прокопівна, доктор медичних наук, професор,
професор кафедри внутрішньої медицини №2,*

Вінницький національний медичний університет ім. М.І.Пирогова

Сучасний світ, починаючи із 60-х років минулого сторіччя і до цих пір, з точки зору етики, деонтології, а також добрих манер у медицині, навчальному процесі та медичній науці значно змінився. Звісно, що розвиток суспільства, науково-технічного прогресу та впровадження новітніх інформаційних технологій у всіх сферах значно вплинули на становлення майбутніх лікарських кадрів, переосмислення соціально-етичних відносин у медичних працівників зі стажем роботи та розвиток медичної науки.

У 50-х – 80-х роках минулого сторіччя поява біологічних катастроф, обмежений (не цілісний підхід до хворого), поява кризових ситуацій у відношеннях лікар-пацієнт стимулювали розвиток біоетики, яка досить швидкими темпами сформулювалась як нова молода наука. Сучасна ж

лікарська практика та медична наука не може розвиватись без тісного зв'язку з біоетикою, а відповідні документи та положення, в яких висвітлюються відповідні етичні норми в біомедичних дослідженнях розпрацьовані ВООЗ, різноманітними міжнародними конференціями, а також МОЗ України. І хоча біоетика має зв'язок з історією медицини, медичним правом, тісний зв'язок з фундаментальними, параклінічними та фаховими клінічними дисциплінами, все ж таки вона базується на етичних та деонтологічних принципах. Біоетику слід також розглядати як науковий підхід гуманного відношення до людини, тварин чи рослин при проведенні наукових досліджень, експериментів та у навчальному процесі... А основне гасло біоетики, скоріш за все, – це гуманне ставлення до усього живого.

У зв'язку з цим, хотілось би загострити Вашу увагу на основних принципах поведінки науковця (дослідника), зокрема, на морально-етичних принципах в науковому світі та добрих, порядних манерах в медичних дослідженнях. Разом з тим, якщо ще раз повернутись до зв'язку біоетики з медициною, то тут слід сказати про те, що у формуванні особистості майбутнього лікаря в контексті біоетики мається на меті:

- високий **професіоналізм**;
- володіння **етичними** стандартами;
- знання правових нормативів;
- виховання специфічних моральних рис;
- подальший розвиток **гуманізації медицини**;
- **шанування гідності людини** як особистості;
- збереження життя людини з моменту запліднення до природної смерті.

Якщо ж торкнутися біоетичних принципів взаємовідносин “лікар-пацієнт”, то тут в основу мають бути поставлені **обов'язки лікаря по відношенню до хворого як до особистості**:

- оцінка **емоційно-психологічного стану** пацієнта;
- встановлення контакту з хворим та його близькими;
- здійснення психологічної підтримки хворого та його сім'ї;
- застосування на практиці **принципів правдивості та інформованої згоди**;
- диференціювання отриманої інформації щодо пацієнта з позиції **прав людини, конфіденційності та лікарської таємниці**.

Говорячи про професійні та моральні аспекти впровадження та застосування нових лікарських засобів необхідно звернути увагу на наступне:

- Який вибрати спосіб лікування?
- Які критерії ефективності лікування?
- Доцільність застосування того чи іншого методу лікування?
- Вірогідність можливих ускладнень?
- Яка вартість лікування?
- Співвідношення ефективності та безпечності лікування.

Щодо наукових досліджень. На нашу думку, Науковець (так, саме з великої літери...) не повинен уникати альтернативних гуманних методів медичних експериментів як в освіті, так і науці (*правило трьох r*):

- **REDUCTION** (зниження кількості тварин для експерименту): наприклад застосування адекватних статистичних програм.
- **REPLACEMENT** (заміна) – створення математичних і комп'ютерних моделей. Застосування для експерименту тварин з більш низькою організацією.
- **REFINEMENT** (підвищення якості експерименту) – мінімізація страждань у тварин; застосування анестезії і анальгезії та найменш інвазивних процедур для експерименту, гуманні методи закінчення життя тварин...

А взагалі, для того щоб бути **етичним**, дослідження повинно бути:

- обґрунтованим та значимим;
- практично виконуваним;
- науково об'єктивним;
- запланованим з використанням допустимих принципів, методів та порядку;
- таким, що здійснюється за інформованою згодою;
- з позитивним співвідношенням ризик – користь.

Неетичне дослідження визначено рекомендаціями CIOMS (Рада міжнародних організацій медичних наук) наступним чином. “Неякісне з наукової точки зору дослідження з участю людей є неетичним тоді, коли воно може наражати суб'єктів на невиправданий ризик або незручності”.

Отже, наукове дослідження не повинно принижувати **людську гідність** і не має протирічити гуманним принципам. Якщо ж в дослідженні задіяна людина, то ми Вас просимо: дотримуйтесь принципів деонтології, добровільності участі та поінформованості про дослідження, анонімності та секретності, а також права відмови на будь-якому етапі дослідження. Це принципи справжнього медика: лікаря, викладача, науковця...

АКСІОЛОГІЧНА ПАРАДИГМА МЕДИЦИНИ ЯК ІМПЕРАТИВ СУЧАСНОГО РОЗВИТКУ ЛЮДСТВА

*Козловець Микола Адамович, доктор філософських наук, професор,
професор кафедри філософії та політології,
Житомирський державний університет імені Івана Франка*

Субстанційними засадами буття і традиційних, і сучасних суспільств є фундаментальні сутнісні цінності. З ними пов'язано функціонування механізмів організації і самоорганізації соціуму, без чого не може існувати і розвиватися будь-яке суспільство. Серед моральних, релігійних, економічних і політичних цінностей, норм права, важливе місце посідають цінності здоров'я, здорового способу життя. Порушення вікової гармонії природного, соціального і духовного, недооцінка зазначених якостей в людині поставили на межу загибелі Homo sapiens. Сучасний рівень розвитку цивілізації, з одного боку, ставить під загрозу існування людини як біологічного виду, а з другого, –

актуалізує проблему здоров'я в різних аспектах: медичному, екологічному, соціальному, політичному, економічному, духовному.

Для сучасної України проблема здоров'я є не просто актуальною, а смисложиттєвою, оскільки в умовах реформування країни спостерігається стійка тенденція зменшення чисельності населення і тривалості його життя, зростає смертність, збільшується захворюваність, зменшуються можливості для лікування і зміцнення здоров'я. За критеріями здоров'я Україна все більше переміщується у ранг деградуючих соціальних систем. Для українського суспільства характерним є протиріччя між дедалі більшим усвідомленням здоров'я як найвищої цінності і фактичним знеціненням здоров'я як цінності. Це є наслідком послаблення соціальної спрямованості політики держави, зменшення витрат на охорону здоров'я, різка диференціація населення за можливостями користування медичними послугами, неготовністю більшості населення до переходу на комерційну систему надання медичної допомоги та інших соціокультурних факторів, вага і роль яких значно зростають порівняно з природними чинниками.

Якісно новий вимір у сучасному світі проблема збереження здоров'я людини набуває і на загальнолюдському рівні. По-перше, варварське ставлення населення планети до середовища свого проживання породжує екологічні й техногенні загрози, які можуть призвести до створення несприятливих для життя людини умов. По-друге, виникла реальна небезпека руйнування тієї біогенетичної основи, яка є передумовою індивідуального буття людини і формування її як особистості. Ця загроза виникає, передусім, як наслідок неконтрольованих експериментів над людиною, генної інженерії. Ніколи раніше людина не могла так активно штучно втручатися у питання спадковості, появи, регулювання і зачаття самого життя, можливостей тілесно-психічної та соціокультурної трансформації людини. По-третє, сучасна цивілізація значно продовжила термін людського життя, розвинула медицину, яка дозволяє лікувати багато хвороб. Разом із тим, вона послабила дію природного відбору. Виникла небезпека різкого погіршення генофонду людства. Більше того, існує стійка тенденція посилення орієнтації людей на цінності штучного середовища проживання на шкоду природно-життєвим цінностям. По-четверте, сучасний техногенний світ потребує входження людини у зростаюче розмаїття соціальних структур, що поєднується з гігантськими навантаженнями на психіку, стресами, котрі руйнують її здоров'я. Також небезпечні перспективи маніпуляцій над свідомістю і психікою людини шляхом впливу ЗМІ. По-п'яте, в розвинених країнах спостерігається динаміка зростання витрат на потреби охорони здоров'я. Не випадково, деякі дослідники відкрито і прямо визнають важливість здоров'я не тільки як людської цінності, а й як економічного ресурсу. По-шосте, останнім часом загрозливого характеру набуває посилення маніпуляцій з боку комерційно орієнтованої фарміндустрії. Виготовлення контрофактних ліків, формування штучної потреби в фармпрепаратах, неправдивість реклами, обман споживачів задля отримання надприбутків негативно відображаються на стані здоров'я людей. По-сьоме, до світової тенденції слід віднести і збільшення інтенсивності злочинів проти життя і

здоров'я людей, що виражається, передусім, в локальних війнах, в посиленні політичних, міжетнічних і міжконфесійних конфліктів, терористичній діяльності екстремістських сил. По-восьме, поряд з екологічними, техногенними, економічними і політичними тенденціями в області здоров'я існують і чисто медичні тенденції, одна з яких – дезінтеграція лікарської діяльності, що зумовлена розвитком вузькопрофільної спеціалізації [1, с. 230-232].

Зазначене свідчить про актуалізацію соціокультурних проблем цінності здоров'я, його збереження як на індивідуальному, соціумному, так і на планетарному рівнях. Якщо ми будемо продовжувати наші старі стратегії, то людський вид навряд чи збережеться.

Оскільки людина – істота біопсихосоціальна, то звідси випливає важливий методологічний висновок: здоров'я людини не можна розглядати лише з вітального погляду, чи з психічного або тільки з соціального. В сучасних умовах перехід від аспектного до цілісного (інтегрального) підходу до здоров'я людини значною мірою стримується абсолютизацією в існуючих природничонаукових і соціобіологічних теоріях якогось одного аспекту здоров'я (фізичного чи соціокультурного). Медична теорія, яка спрямована винятково на вузькопрофільне лікування хвороб, і філософські сентенції про «цінності здоров'я загалом», взяті окремо, очікуваного результату не дають. Тільки єдність природничонаукового й аксіологічного аспектів є прийнятною методологічною засадою філософського осмислення цінності здоров'я як вітально-соціального феномену, як якісної характеристики людини і людського співтовариства, критерія їх розвиненості й цивілізованості.

Аксіологічний аналіз здоров'я передбачає насамперед з'ясування його ціннісної сутності, структури і ролі в «життєвому світі» людини. Здоров'я одночасно постає і як абсолютна (позачасова і позапросторова), і як відносна (як умова життя) цінність. За своєю соціально-ціннісною сутністю здоров'я – це універсальне благо, яке має смисложиттєве значення для людей, забезпечує життя як найвищу цінність. Ціннісний зміст здоров'я виражається у ставленні людини (суспільства) до свого стану, детермінуючому певні ціннісні орієнтації і переваги. Реалізація людьми суспільних інтересів, виконання соціальних завдань значною мірою зумовлюється станом їх індивідуального здоров'я. У свою чергу, стан здоров'я індивідів напряму залежить від того, наскільки здорове саме суспільство. Така взаємозалежність дозволяє говорити про здоров'я не лише як про вітальний, а й як про соціальний феномен. В силу того, що здоров'я володіє таким значенням, яке обумовлює всі сфери життєдіяльності як суспільства, так й індивіда, то воно постає універсальною, фундаментальною, найвищою цінністю.

За своїм змістом цінність здоров'я індивіда виражається у ставленні суб'єкта здоров'я до свого стану, в значущості міри можливого здійснення своєї діяльності без втрат у процесі соціалізації, без погіршення свого фізичного і духовного стану. Разом зі ставленням людини до здоров'я вибудовується і система її ціннісних орієнтацій, переваг, цілей, без яких людське існування позбавляється смислу. Здоров'я соціальної групи (суспільства) – це значущість для неї ступеня реалізації можливостей людей, які входять до неї. Соціальність, як ціннісна характеристика здоров'я, виражає

значення певних соціальних зв'язків, місця і ролі людини у вирішенні суспільних завдань, що забезпечує особистості достатній рівень соціальної адаптивності. Існує взаємозалежність між здоров'ям суспільства і здоров'ям індивіда. Тільки в здоровому суспільстві гармонійно формується фізичне, психічне і духовне здоров'я індивідів, а наявність здорових людей забезпечує достатній рівень здоров'я суспільства в економічній, соціально-політичній і духовній сферах. Посилення соціальної складової здоров'я підтверджується процесом соціалізації, тим, що людина дедалі більше включається в систему соціальних зв'язків, а тому будь-які зміни в соціальному середовищі позначаються (позитивно чи негативно) на її здоров'ї [1, с. 6-8].

Гармонійність фізичного, психічного і соціального здоров'я є одним із визначальних факторів особистісного і суспільного життя, створення високої гуманістичної культури, раціонального ставлення людини до навколишнього середовища, формування соціальної політики держави в області охорони і зміцнення здоров'я, посилення спрямованості суспільства на культивування здоров'я як найвищої цінності, слугуватиме профілактиці соціальних, духовних і фізичних патологій і людини, і суспільства.

Сьогодні нам потрібно навчитися жити в новій реальності. Регулярно мутуючий вірус COVID-19 продовжує сіяти хаос, зумовлює тривоги, породжує душевні й емоційні розлади людей. Необхідно перелаштувати свій спосіб мислення і не намагатися жити надією, що все ось-ось закінчиться. Гадаємо, що у світі будуть з'являтися все нові й нові варіанти коронавірусу, які будуть витісняти своїх «попередників». Але скільки часу пройде, поки встановиться нова рівновага, і якою вона буде, сказати зараз не можливо. Важливо не будувати прогнози, а засвоїти, що потрібно робити, щоб мінімізувати свої ризики в цю пандемію і співіснувати з цим вірусом, забезпечити собі максимально швидкий і безпечний перехід до нової нормальності [2].

Отже, потреба в розробці комплексної концепції цінності здоров'я на планетарному, соціумному й особистісному рівнях сьогодні очевидна. При цьому в науково-теоретичному і практично-політичному контексті доцільно виходити з принципу, що аксіологічні аспекти життя і здоров'я необхідно розглядати з обов'язковим врахуванням стану існуючої системи охорони здоров'я, теоретичної і практичної медицини, її сучасних досягнень і породжених ними загальносоціальних і морально-етичних проблем, а також тих теоретичних, філософських і методологічних положень, на яких медична наука базується. Такі засади вже об'єктивно складаються, формуються як новий філософський напрям – філософія здоров'я.

Список використаних джерел

1. Ларионова И. С. Здоровье как социальная ценность: Дис. ...д-ра филос. наук: 09.00.11 – Социальная философия. Москва, 2004. 265 с.
2. Якутенко И. Вирус, который сломал планету. Москва: Издательство «Альпиона нон-фикшн», 2021. 398 с.

ДЕОНТОЛОГІЧНІ ОСНОВИ ПРОВЕДЕННЯ ФАРМАЦЕВТИЧНОЇ ОПІКИ

*Білай Іван Михайлович, д.мед.н., професор,
завідувач кафедри клінічної фармації, фармакотерапії та
фармацевтичної хімії,
Запорізький державний медичний університет*

Фармакотерапія – це дисципліна, яка вивчається фармацевтами для поповнення знань по клініко-фармакологічним аспектам раціонального використання лікарських засобів в конкретній клінічній ситуації. Головним практичним аспектом проведення оптимальної та раціональної фармакотерапії є фармацевтична опіка, основана на допомозі фармацевта при проведенні лікарської терапії хворому, який звертається в аптеку чи у лікувально-профілактичний заклад протягом всього курсу взаємодії з пацієнтом. При цьому, деонтологічні аспекти проведення фармацевтичної опіки допомагають фармацевтам за родом своєї діяльності безпосередньо контактувати з хворими, допомагати їм у виборі лікарських засобів (безрецептурна група препаратів), при необхідності надавати першу медичну допомогу, брати участь у контролі ефективності та безпечності лікарської терапії. Деонтологічне спілкування фармацевтів з пацієнтами дозволяє виявити «загрозливі симптоми» при проведенні фармацевтичної опіки, уміння оцінити побічні ефекти лікарських засобів, що рекомендуються провізорами, перш за все безрецептурні ліки. Знання ускладнень фармакотерапії, вчасна орієнтація пацієнта на профілактику та лікування побічних реакцій допомагає фармацевту проводити ефективну та безпечну фармакотерапію. Деонтологічні аспекти у застосуванні лікарських засобів хворими дуже важливо визначити також при взаємодії лікарських препаратів, коли пацієнт звертається в аптеку з кількома рецептами від різних лікарів. Саме тут навички деонтологічного спілкування з хворими допомагають знайти розуміння при виявленні несумісних взаємодій лікарських засобів, отримати консультацію сімейного лікаря, з яким теж необхідно знайти спільну мову у дуже складному питанні при комбінуванні лікарських засобів, виявленні побічних ефектів та заміну ліків для проведення безпечного лікування.

Одним із обов'язків фармацевта є піклування про здоров'я пацієнта. Хворий, який звертається в аптеку до фармацевта повинен знайти співчуття, тактовність, витримку з боку фармацевта, так як саме на початку виникнення скарг по захворюванню та клінічних проявів пацієнт звертається не до лікаря, а в аптеку. Як відомо, більшість хворих відчувають страх, тривогу, неспокій, коли стикаються з хворобою. Для проведення фармацевтичної опіки фармацевт повинен володіти знаннями з основних питань клінічної фармакології – фармакодинаміці та фармакокінетиці.

Крім оптимального вибору лікарських засобів на основі механізму дії та ефектів, які виникають у хворих при застосуванні ліків, важливим аспектом деонтології є спілкування з хворим щодо раціонального режиму прийому цих засобів, додержання разової чи добової дози, а також тривалості лікування. Дуже важливим деонтологічним питанням є схильність хворого до тривалого прийому лікарських засобів, тобто комплектність.

Самолікування є також важливою деонтологічною проблемою. Саме фармацевт повинен проводити алгоритм бесіди з хворим на предмет, які краще ліки йому можна рекомендувати для самостійного застосування, враховуючи фармакодинамічні ефекти, фармакокінетичні особливості, побічні реакції на лікарські засоби, взаємодію (фармацевтичну, фармакодинамічну та фармакокінетичну), а також контроль критеріїв ефективності та безпечності.

Іноді фармацевт спілкується з пацієнтом, у якого негативна реакція на спеціаліста. У цьому випадку головним є контроль за своїм психічним станом, своєю поведінкою, витримкою, силою волі, враховуючи пріоритетність будь-якого хворого, який звертається за допомогою в аптеку.

Важливим є дотримання медичної таємниці. Вся інформація, яка надається хворим при проведенні фармацевтичної опіки не повинна розголошуватися. Звичайно і фармацевти не повинні всі клінічні прояви та скарги хворого обговорювати в присутності пацієнта.

Якщо в процесі продажу ліків та проведення алгоритму бесіди при фармацевтичній опіці виявляються факти дійсних помилок у призначеннях лікаря, необхідно сповістити директора медичного закладу про це, а хворому коректно відмовити, відпускаючи лікарські засоби, посилаючись на уточнення фармакотерапії.

Фармацевт в аптеці виконуючи свої обов'язки по раціональній фармацевтичній опіці повинен слідкувати за своєю поведінкою, охайно одягатися, носити маску, не застосовувати парфумерні засоби з різким запахом. Халат повинен бути застебнутий, у аптеці та лікарні не можна палити, смітити, вести себе зухвало та зневажливо.

Таким чином, додержання деонтологічних основ буде сприяти більш ефективному проведенню фармацевтичної опіки фармацевтами.

БІОТЕХНОЛОГІЧНИЙ КОНСТРУКТИВІЗМ ЯК ГУМАНІСТИЧНИЙ ПРОЕКТ В ЕПОХУ КОНСЬЮМЕРИЗМУ

*Поцулко Олена Анатоліївна, кандидат історичних наук, доцент,
доцент кафедри мовних та гуманітарних дисциплін №1,
Донецький національний медичний університет, м. Лиман, Україна*

У різноманітті біомедичного досвіду та знання практик щодо розпорядження життям особливе місце посідає ідея конструювання, що є, на нашу думку, іманентним виразом гуманістичного проекту в сучасну епоху консьюмеризму. Під епохою розуміється характерний для певної спільноти спосіб тимчасового, що визначає особливе ставлення мислення і буття, що передбачає в думці специфічний тип загадковості буття і настільки ж специфічний шлях отримання думкою осмислених розгадок. Епоха тут – не тимчасовий період, а особливий час. Епохи не змінюють (у сенсі уявлень про історичний прогрес) і не знімають (як у гегелівській діалектиці та спекулятивній філософії) одна одну. Спалахують, як просвіти знання в досвіді, що орієнтують думку відмінностей (між буттям і небуттям, суцим і несучим, одним і багатьом, істинним і хибним, достовірним і недостовірним, очевидним і неочевидним і т.п.), і гаснуть, занурюючись у забуття чи стихію незрозумілого.

У цьому сенсі епоха Нового часу не випадково маркована М. Гайдеггером як «час картини світу». Тому для іншої епохи, в якій, наприклад, живе Б. Латур, – «нового часу не було». Було якесь існування людей, які не розуміли себе, і це нерозуміння легко викривається в досвіді іншої епохи... Нам, ймовірно в силу особливостей життєвого досвіду, зручніше жити і мислити в епоху, для якої час картини світу ще є актуальним. Актуальним як не «знятий» голос у спів-голоссях і різно-голоссях з іншими голосами настільки ж актуальних епох, як час у спів-часі з іншими дослідами тимчасового. В даному випадку нам важливо почути голос та вловити час епохи, яку Ж. Бодрійяр називав епохою консьюмеризму. Епоха консьюмеризму не зводиться до того, що люди більшою, ніж в інші часи, мірою стурбовані споживанням товарів та послуг. Ж. Бодрійяр вказує на зовсім іншу істотну обставину. У класичну епоху людина усвідомлювала себе як майстра, творця, автора твору, суб'єкта пізнання, винахідника. У сучасній масовій свідомості свобода людини як її найбільш автентичний вираз себе виступає як вибір з того, що представлено в наявності і віддано так чи інакше їй у розпорядження. Неважливо, вибирається річ (людина) у своїй бажаній плоті або знак. Не творчість нового, а вибір стає знаком свободи. Власне, сама творчість інтерпретується як вибір [2, с. 168]. І ця ідея, як саме собою зрозуміла, транслюється в обидві сторони між масовою свідомістю та теоретичною самосвідомістю політологів, психологів, фахівців у галузі нейронауки та штучного інтелекту і т.п. Вона лежить в основі ідеї комп'ютерного безсмертя В.Ф. Турчина [4, с. 151] та сучасних трансгуманістів. Не поет, а хакер, який «хакнув» кимось написаний текст, отримав «задоволення від читання» (Р. Барт) [1, с. 462]. Не життя, яке творить нові форми, а конструктор готових «частин», з якого методом комбінаторики збираються (конструюються) вироби для чогось.

Разом з тим, на відміну від Бодрійяра, ми не схильні знімати, у гегелівському значенні, традиційне розуміння свободи більш сучаснішим визначенням. Ідея свободи як творчого акта має свої онтологічні та логічні підстави, так само як і новіша ідея свободи як вибору. Виробник, що створює артефакти і виражає себе у творі в якості «автора», і споживач, який обирає і збирає з них свої вироби, які цього споживача «персоніфікують» – два рівноправні голоси, які сперечаються у душі сучасної людини. За ними стоять два різні типи часу. Біотехнологічний конструктивізм розуміється як технократичний вираз гуманістичної ідеології, згідно з якою людина не просто в принципі може, а й має самостійно визначити сенс свого існування та його життєві форми. Причому не просто визначити сенс, але й відтворити сутність та форми існування заново на нею ж покладених і нею ж обґрунтованих підставах. Саме в цьому історичне призначення людини.

У своїй промові «Про гідність людини» Дж. Піко делла Мірандола формулює ряд принципових положень, які залишаються релевантними досі. Наведемо два з них. «І встановив нарешті найкращий творець, щоб для того, кому не зміг дати нічого свого, стало загальним усе те, що було властиво окремим творінням. Тоді Бог прийняв людину як творіння невизначеного образу і, поставивши її в центрі світу, сказав: «Не даємо ми тобі, о Адаме, ні

певного місця, ні власного образу, ні особливого обов'язку, щоб і місце, і особистість і обов'язок ти мав за власним бажанням, згідно з твоєю волею і твоїм рішенням». У цьому висловлюванні знаходиться культурний проект людини, тобто, інакше кажучи, накинута ідея людини, заданий сенс її існування як відкритого проекту само-винаходу. Проект створюється «найкращим із творців», але зміст творіння виявляється порожнім – немає певного образу. Нічого спільного з іншими творіннями, нічого «власного». Людина все повинна як би заново винайти як своє (саме в тому сенсі, що ця власність нею створена або присвоєна нею самою) [3, с. 248].

Другий пасаж уточнює перший: «Образ інших творінь визначений у межах встановлених нами законів. Ти ж, не стиснутий жодними межами, визначиш свій образ за своїм рішенням, у владу якого я тебе надаю. Я ставлю тебе у центрі світу, щоб звідти тобі було зручніше оглядати все, що є у світі. Я не зробив тебе ні небесним, ні земним, ні смертним, ні безсмертним, щоб ти сам, вільний і славний майстер, сформував себе в образі, якому ти віддаси перевагу» [3, с. 249].

Відкритість людини як свого власного проекту виражається, насамперед, у негативній свободі від божественного приречення. Усі інші істоти зумовлені у своєму існуванні чітко встановленими законами. Людина вільна – безмежна. Вона усвідомлює себе у центрі світу як його (світу) володар. Тут явно простежуються історичні причини і антропного принципу фізики, і антропоцентризму європейської етики. Весь світ знаходиться у розпорядженні людини як величезний ресурс для нового творення. Можна сказати, що єдиним визначенням, яке все ж таки Господь дав людині, є творчість. Решта – і форму та місце – людина як «великий майстер» має сама створити у своїй майстерні. Сама вирішити – чи бути їй смертною чи безсмертною, «земною» чи «небесною»? Ось питання, яке її непокоїть. Вона болісно шукає зміст «самості», яку має обґрунтувати та зробити сама.

Через внутрішні тенденції диференціації класичної культури питання про самість в контексті класичної епохи розпадається, формуючи базові кваліфікації автора своєї мови (усної та письмової), суб'єкта пізнання та логічного суб'єкта, спостерігача, художника, морального суб'єкта, винахідника і т.п. У всіх цих випадках людина виявляє в собі свою особливу людську гідність у переживанні себе як творчого суб'єкта у ставленні до творів, предикатів та об'єктів. Їх під (у глибині)-лежачим.

Перехід до нової епохи людини, яка не стільки творить, скільки обирає, упізнається у різноманітних варіаціях на тему смерті автора, деконструкції та конструюванні суб'єкта, суб'єкті як дискурсивної функції тощо. Для теми біологічного конструктивізму важливо обговорити проблему біоетики, а також проаналізувати її відмінність від класичної етики.

Висловлюючи класичну установку обґрунтування гуманізму, І. Кант в категоричному імперативі вимагає взяти відповідальність за висунуту максиму вчинку, забезпечивши доказ її загальності. Моральний закон не надано людині. Він має бути винайдений людиною і обґрунтований її розумом. Але розум розполовинений у своєму використанні. Як тільки загальність максими

обґрунтована, голос публічного використання розуму змінюється голосом приватного використання, який вимагає від людини безумовної покори, дисципліни та послуху. Завжди і скрізь він повинен надходити дисципліновано згідно з максимою, що стала законом. Сукупність творчо винайдених та обґрунтованих законів створює своєрідну програму людини як морального автомата. І чим більш ригористична вимога, тим більш «тупим» (у кантівському ж сенсі) має бути дисциплінований виконавець. Але це доля приватних осіб. Або приватної особи в самому філософі, який публічно (коли обґрунтовує максимум) виступає від імені людства в своїй особі. Тому філософська антропология І. Канта (три питання у четвертому) і, отже, кантівський варіант гуманістичного проекту мають читатися двоосмислено, виділяючи полюси приватної та публічної особи, «тварини» та творця.

Сучасна біоетика виражає найбільш радикальний зсув у бік консьюмеристської етики. Принципи та правила пропонуються споживачеві на вибір і, найголовніше, на місце обґрунтування вибору між дозволом та заборонаю тієї чи іншої технології, прийняттям норми або неприйняттям приходить домовленість суб'єктів, включених до того чи іншого мовного інституту. Вибір, за потребою, формальний, має процедурний характер і не відображає внутрішніх цінностей, які входять у конкретний інститут людей. Завдання «біоетициста» як модератора трандисциплінарних обговорень та узгоджень – допомогти лікарям, пацієнтам та вченим сформулювати з конструктора принципів та правил (встановивши їх релевантну для даного казусу ієрархію і підпорядкування) «guidelines» – інструкції. Guidelines не є виразом внутрішніх цінностей конкретного вченого чи спільноти. Вони сконструйовано ad hoc під рішення (схвалення, заборона, регламентацію) конкретних біотехнологічних процедур.

Свобода суспільного розуму, який творчо винаходить і доводить загальність своїх максимумів, замінюється автономією приватної особи, яка позначає свою свободу, обираючи правило, відповідно до якого слід чинити. Відбувається формальне позначення автономії через процедуру вибору. Споживач представляє більш складнішу масову людину. Це вже не простий автомат прусського дисциплінованого служаки. Більш складний. Йому належить право вибору – масова процедура «персоніфікації» біотехнологічних інтервенцій. Внутрішня цінність автора вчинку визначає оповідальну пов'язаність тимчасовості, що заснована на пам'яті, так само, як кантівський схематизм – пов'язаність фізичного часу картини світу.

Моральний «асемблер» етичного комітету, що конструює guidelines пов'язується часом випадку, кліпу, монтажу (Ейзенштейн). Ситуаційно виникає і тиражується «кліпова свідомість» – свідомість, яка тримається не своєю пам'яттю (тобто внутрішнім змістом особистого досвіду), а формальним договором. Це не мораль служаки, а мораль споживача, який має право (у деяких штатах США) вибрати спосіб своєї страти так само, як він має право обирати президентів, медичні послуги та харчові продукти в супермаркеті.

Список використаних джерел

1. Барт Р. Избранные работы: Семиотика. Поэтика. – М., 1994. – С. 462-518.
2. Бодрийяр Ж. Система вещей / пер. с фр. и вступ. ст. С.Зенкина. – М.: Рудомино, 2001. – 224 с.
3. Пико делла Мирандола Джованни. Речь о достоинстве человека // Эстетика Ренессанса / Под ред. В.П. Шестакова. – Т. 1. – М.: Искусство, 1981. – 304 с.
4. Турчин В.Ф. Феномен науки. Кибернетический подход к эволюции. – М.: Словарное издательство ЭТС, 2000. – 368 с.

ВПЛИВ ІНДИВІДУАЛІЗОВАНОЇ МЕДИЦИНИ НА ПРАКТИКУ ПРИЙНЯТТЯ МЕДИЧНИХ РІШЕНЬ

*Утюж Ірина Геннадіївна, професор, д. філос.н.,
завідувач кафедри суспільних дисциплін,
Кабаков Антон Олегович,
клінічний онколог медичного центру ТОВ ОНКОЛАЙФ,
очний аспірант 1-го року кафедри онкології та онкохірургії,
Запорізький державний медичний університет*

Ідея індивідуалізованої медицини (ІМ) набула глобального значення, що почалася на рубежі двох тисячоліть, є особливим культурним проектом, що пропагується великою кількістю людей – представниками інноваційних галузей бізнесу, академічними колами, політиками та іншими зацікавленими сторонами. Проект ІМ вперше почав реалізовуватися в США, але вже незабаром почав з'являтися в Європі та Японії, а також в інших місцях, включаючи Україну. Фінансова, інформаційна та інтелектуальна підтримка ІМ, яка здійснюється вже понад п'ятнадцять років, свідчить про те, що масштаб цього проекту набув світового значення.

Комерціалізація медицини в США викликала неоднозначні соціальні наслідки: з одного боку, якісна медична допомога стала малодоступною для населення людей з низьким рівнем заробітку, з іншого боку, з'явився новий спектр медичних послуг, у тому числі інноваційні форми діагностики, лікування та профілактики, які через свою високу ціну виявилися доступні лише забезпеченому населенню. Проте акцент на розвиток передових медичних технологій дозволив досягти істотного зниження вартості для багатьох різновидів медичних послуг, у тому числі генетичного консультування на основі повного секвенування геному людини тощо. Завдяки цьому ціла низка досягнень ІМ стала більш доступною для більшості населення. Ідеологія ІМ, реалізація культурного проекту ІМ передбачає не лише наявність потужної науково-технологічної бази, а й наявність власної ідеології, яка є ІМ фундаментом охорони здоров'я завтрашнього дня.

Основними характеристиками ІМ її ідеологи називають предиктивність, превентивність, персоналізацію лікувально-профілактичних засобів, а також партисипацію – активну участь пацієнтів у прийнятті рішень щодо власного здоров'я. У світлі цієї ідеології ІМ проголошується антиподом «конвенційної медицини», ефективнішим і дешевим засобом забезпечення здоров'я. Ідеологи ІМ не втомлюються повторювати, що успіх ІМ залежить від більш

відповідальних та узгоджених дій усіх сторін, залучених до реалізації цього проекту – підприємців, управлінців, науковців, медиків, пацієнтської спільноти, мас-медіа тощо. «Мій медичний вибір»: ідеологія ІМ у дії 14 травня 2013 р. в «Нью-Йорк Таймс» була надрукована стаття, в якій голлівудська актриса Анджеліна Джолі розповіла величезній читацькій аудиторії про те, що їй було зроблено хірургічну операцію з видалення молочних залоз збереженням шкіри та подальшою установкою імплантат з метою запобігання можливому розвитку раку грудей у зв'язку з присутністю в її організмі мутації гена BRCA1, BRCA2 [1]. Приводом для проведення операцій стали побоювання через погану спадковість актриси по прямій лінії та прагнення значно зменшити ризик розвитку захворювання. У своїй статті «Мій медичний вибір» Джолі закликала всіх жінок відповідальніше ставитися до свого здоров'я і за допомогою лікарів тримати ситуацію зі здоров'ям під контролем. 24 березня 2015 р. на сторінках тієї ж газети Джолі повідомила про те, що зазнала профілактичної операції з видалення яєчників та фалопієвих труб [2]. Обидві публікації в Нью-Йорк Таймс викликали цілий ряд співчутливих відгуків [3]. Інтернет-версії інших видань кинулися публікувати визнання інших, менш відомих жінок, про їхній досвід запобігання раку грудей. Феміністки стали закликати вести кампанії щодо підвищення поінформованості про онкологічні захворювання. З'явилися новини про створення колекції купальників для жінок, які пережили мастектомію, про виставки, присвячені жіночим грудям, влаштовані художницями-феміністками, які зазнали операції з видалення молочних залоз. Незважаючи на те, що у всіх цих публікаціях на першому плані була феміністська проблематика вільного жіночого вибору, всі вони виступили також і яскравим прикладом ідеології ІМ у дії. Хірургічна профілактика раку постала як плід добровільного, усвідомленого прагнення зберегти здоров'я та засіб зменшення ризиків майбутніх захворювань. Хвиля дискусій, ініційованих публікацією про медичний вибір Джолі, успішно показує, що у західному суспільстві ідеологія ІМ вже набуває широкого визнання. Про прийняття медичних рішень свідчить той факт, що на початку XXI ст. пацієнти стали більш активними учасниками процесу прийняття медичних рішень.

На сьогодні деякі медичні рішення стали прийматися за участю юристів, психологів, філософів, цивільних активістів, які опинилися в ролі «чужинців біля ліжка хворого» [4]. Лікарі та пацієнти: від патерналізму до партнерства і далі ідеологи ІМ серед найбільш значущих характеристик «медицини завтрашнього дня» називають партисипацію – активну участь пацієнтів у прийнятті медичних рішень. У публікаціях на цю тему підкреслюється, що в недалекому майбутньому у розпорядженні пацієнтів буде все більший обсяг знань про їхню власну генетичну схильність до тих чи інших захворювань; добре освічені пацієнти братимуть участь у прийнятті вірніших лікувальних рішень; медичні документи будуть проводитися з більшою орієнтацією на пацієнтів, ніж на лікарів та установи, пацієнти отримують до них більший доступ та контроль; переважання генетичної інформації серйозно вплине спосіб життя людей, зокрема поза стін закладів охорони здоров'я [5].

Просування культурного проекту ІМ за допомогою підтримки його ідеології означає, що ідеї профілактики знову набирають сили. Проте, за нових умов профілактика позиціонується як економічно вигідніша стратегія. Ідеологи ІМ передбачають, що в нових умовах лікарі мають не стільки лікувати, скільки бути консультантами зі здорового способу життя, але наукова база для такої консультативної практики повинна спиратися на колосальний обсяг генетичної та іншої інформації. Етика індивідуалізму і фамілізму у розвитку ІМ як культурний проект історично і культурно найбільш тісно пов'язані з суспільствами, заохочують індивідуалізм і відповідний йому тип етики – етику турботи себе.

Список використаних джерел

1. Jolie Pitt A. My Medical Choice // New York Times. 2013. May 14. URL: <http://www.nytimes.com/2013/05/14/opinion/my-medical-choice.html>
2. Jolie Pitt A. Angelina Jolie Pitt: Diary of a Surgery // New York Times. 2015. March 24. URL: <http://www.nytimes.com/2015/03/24/opinion/angelina-jolie-pitt-diary-of-a-surgery.html>
3. Rabin R.C. In Israel, a Push to Screen for Cancer Gene Leaves Many Conflicted // New York Times. 2013. November 26. URL: <http://www.nytimes.com/2013/11/27/health/in-israel-a-push-to-screenfor-cancer-gene-leaves-many-conflicted.html> (дата обращения: 9.07.2016); Tessier M. Readers Respond: On 'Angelina Jolie Pitt: Diary of a Surgery' // New York Times. 2015. March 25. URL: http://takingnote.blogs.nytimes.com/2015/03/25/readers-respond-on-angelina-jolie-pitt-diary-of-a-surgery/?_r=0 Wurtzel E. The Breast Cancer Gene and Me // New York Times. 2015. September 25. URL: <http://www.nytimes.com/2015/09/27/opinion/sunday/elizabeth-wurtzelthe-breast-cancer-gene-and-me.html>
4. Rothman D.J. Strangers at the Bedside: A History of How Law and Bioethics Transformed Medical Decision Making. New York: Basic Books, 1991.
5. Abrahams E., Ginsburg G.S., Silver M. The Personalized Medicine Coalition: Goals and Strategies // American Journal of Pharmacogenomics. 2005. Vol. 5 (6). P. 348.

ФАКТОР ЦЕРКВИ У ПРИЙНЯТТІ РІШЕННЯ ЩОДО ВАКЦІНАЦІЇ

*Мегрелішвілі Марія Олексіївна, к.філос.н, доцент,
доцент кафедри суспільних дисциплін,
Запорізький державний медичний університет*

Однією з проблем, що актуалізувалася у період пандемії COVID-19 – це небажання доволі високого відсотка громадян щеплюватися. Так, в Україні «за результатами опитування, проведеного Соціологічною групою «Рейтинг» 10-13 листопада 2021 року, 46% опитаних зазначили, що вже вакцинувалися (перше, або ж друге щеплення). 16% вказали, що готові вакцинуватися, 36% – не готові» [1].

Причини відмови від цієї процедури різні – від побоювання за можливі негативні наслідки для здоров'я від щеплення, до внутрішнього супротиву

через те, що людину примушують, обмежуючи її права та свободи. Багато пересічних громадян не довіряють представникам влади – і чим більше обмежень для невакцинованих, тим сильніший спротив. Є і такі, які не вірять в ефективність вакцин (незважаючи на наявний вибір вакцин різних фармацевтичних компаній), але переконані в існуванні різноманітних теорій змови, тотальному «чипуванні» населення тощо.

Для релігійних громадян, безумовно, важливою є, по-перше, офіційна позиція самої церкви щодо щеплення, по-друге, думка священника певної парафії, людини, яку знають особисто і якій довіряють. У сучасному демократичному суспільстві священник може висловлювати особисте ставлення до значущих політичних та соціальних проблем.

Зокрема, дослідження, проведене Pew Research Center у США восени 2021 року, показало, що для дорослих людей, які регулярно відвідують богослужіння, лікарі первинної ланки є найбільш надійним джерелом інформації щодо рекомендацій щеплення проти COVID-19. Але також висловлюється довіра до свого духовництва (релігійних лідерів) у зазначеному питанні. При цьому духовництву довіряють більше, ніж виборним посадовим особам штату, чиновникам та ЗМІ [2]. Важливо зазначити, що «...набагато більше людей стверджують, що їхнє духовництво заохочує отримати вакцину проти COVID-19 (39%), ніж відмовляє (5%), хоча незначна більшість (54%) кажуть, що їхнє духовництво мало розповіло про вакцини» [2].

Спробуємо порівняти ці дані з ситуацією в українському суспільстві.

Ми не маємо соціологічних даних, щодо того, скільки віруючих людей в українському суспільстві довіряють своєму духовництву саме у питанні щеплення від COVID-19. Але, згідно з багаторічним моніторингом центру Разумкова, «церква продовжує утримувати одну з перших позицій за рівнем суспільної довіри серед суспільних і політичних інститутів (поряд зі Збройними Силами та волонтерськими організаціями)» [3, с.16]. Зараз цей показник становить 63,5 % [3, с.16]. Тож, можна припустити, що і у питанні вакцинації парафіяни повинні довіряти своєму духовництву.

Всеукраїнська Рада Церков і релігійних організацій у лютому 2021 року оприлюднила Заяву щодо початку процесу вакцинації від COVID-19 в Україні, в якій, зокрема, йдеться «... що вакцинація, як медична процедура, не має релігійної складової та не перешкоджає реалізації свободи віросповідання. Заборони вакцинації в наших канонічних нормах немає, оскільки це питання належить до компетенції фахівців-медиків» [4].

Проте, аналізуючи статті у ЗМІ за останні півроку, що присвячені проблемам вакцинації в українському суспільстві, ми бачимо, що далеко не всі представники кліру на місцях поділяють ці тези ВРЦіРО. Зокрема, суперечливе або негативне ставлення до вакцинації демонструє Українська православна церква Московського патріархату (УПЦ МП). І представники кліру, і парафіяни останньої приймають участь в акціях проти щеплень [5; 6].

У той же час Українська греко-католицька церква (УГКЦ) надала дозвіл на відкриття першого у країні пункту вакцинації у храмі у Києві, а потім пункти вакцинації були відкриті у храмах Запоріжжя: один – Православною церквою України (ПЦУ), інший – УПЦ МП [5].

Отже, маючи суперечливе ставлення населення до вакцинації, не дивно, що сьогодні немає однастайності у цьому питанні у представників кліру різних релігій та конфесій. Скептицизм щодо вакцинації посилює також те, що фахівці-науковці озвучують різні прогнози щодо подальшої тенденції з рівнем захворюваності на COVID-19 в українському суспільстві та у світі. Церква у сучасному світі, незважаючи на свій традиційний консерватизм, змушена змінюватися, ставати все більш прогресивною у своїх поглядах та діях, оскільки, щоб зберегти своє значення та вплив у суспільстві, вона повинна ефективно відповідати на різні виклики. COVID-19 – один з таких викликів. Припускаємо, що з часом ми будемо спостерігати більшу однастайність у ставлення до вакцинації у представників церкви, адже для вірян, особливо похилого віку, порада священника є важливою, а інколи може бути вагомим причиною, щоб погодитись на щеплення і тим самим зберегти своє життя.

Список використаних джерел

1. Ситуація з коронавірусом: оцінки населення / Соціологічна група «Рейтинг» (Rating Group Ukraine). 10-13 листопада 2021 року. URL: https://ratinggroup.ua/research/ukraine/situaciya_s_koronavirusom_ocenki_naseleniya.html
2. Nortey J., Lipka M. Most Americans Who Go to Religious Services Say They Would Trust Their Clergy's Advice on COVID-19 Vaccines / Pew Research Center, Oct. 15, 2021. URL: <https://www.pewforum.org/2021/10/15/most-americans-who-go-to-religious-services-say-they-would-trust-their-clergys-advice-on-covid-19-vaccines/>
3. Особливості релігійного і церковно-релігійного самовизначення громадян України: тенденції 2000-2021 рр. (Інформаційні матеріали) / Разумков центр. URL: https://razumkov.org.ua/uploads/article/2021_Religiya.pdf
4. Заява щодо початку процесу вакцинації від COVID-19 в Україні / ВРЦіРО. URL: <https://vrciro.org.ua/ua/statements/uccro-statement-on-vaccination-against-covid-19-in-ukraine>
5. Кіптенко Т., Журавльова О. Як церква впливає на вакцинацію українців від коронавірусу? (відео) // DW. 17.11.2021. URL: <https://www.dw.com/uk/yak-tserkva-vplyvaie-na-vaktsynatsiiu-ukraintsiv-vid-koronavirusu-video/a-59837859>
6. Жукова Ю. «Зроблю і помру», «подіє на генетичний код». Чому в Україні люди похилого віку відмовляються від вакцинації // Радіо Свобода. 21.10.2021. URL: <https://www.radiosvoboda.org/a/chomu-v-ukrayini-lyudy-pokhyloho-viku-vidmovlyayutsya-vid-vaktsynatsiyi/31522377.html>

СОЦІАЛЬНО-ФІЛОСОФСЬКІ ПРОБЛЕМИ СУЧАСНОЇ МЕДИЦИНИ

*Утюж Ірина Геннадіївна, д.філос.н., професор,
завідувач кафедри суспільних дисциплін,
Беленцова Катерина Андріївна, студентка 5 курсу,
12МК, 1 медичного факультету,
Запорізький державний медичний університет*

Медицина є однією з найдавніших наук. Протягом всієї своєї історії вона зазнала багато змін і з кожним своїм кроком накопичувала досвід і знання про будову й функції людського тіла, про хвороби, про діагностику і своєчасне лікування хворих.

Але, медицина, це не просто природничо-наукова система і діяльність, медицина – це наука, в основі якої є мета – врятувати людину. Тому питання про взаємовідносини «лікар-пацієнт», завжди буде головним, у професійній підготовці лікаря.

В сучасному світі можна спостерігати зміну моральної парадигми в медицині, її тотальну секуляризацію, технологізацію, цифровізацію. Так, наприклад, соціальними наслідками цифровізації в медицині, є зміна структури ринку праці медичних працівників, в першу чергу, пов'язаних з обслуговуванням інтелектуальних систем, «великих даних – Big Data». Вже сьогодні, робоче місце лікаря перетворюється на електронне, активно впроваджується телемедицина. Тому, розуміння соціальних змін в системі охорони здоров'я, дозволяє зберегти і покращити головний сегмент медицини – це взаємовідносини «лікар-пацієнт», і патернальна (моральна) проблема «Добрий лікар», залишається актуальною як ніколи!

Дані обставини сильно впливають на трансформацію медичної системи, і в науковий оборот філософських, соціогуманітарних наук входить поняття дегуманізації.

Визначаючись з поняттям дегуманізація, відмітим, що це великий комплекс соціально-технологічних проблем, які впливають як на сферу медицини, так і на людину в цій сфері. **Дегуманізація медицини** – це масштабний і стійкий процес розмивання системи традиційних цінностей медичної діяльності, а якщо говорити ширше, то це відхід від моралі.

По-перше, скажемо, що сучасний етап розвитку держави та суспільства негативно вплинув на формування та розвиток духовного світу людини, у тому числі медичних працівників. Під впливом кризи капіталізму, цифровізації, комерціалізації всіх сфер соціального, в тому числі і медицини, відбулась переоцінка професійних цінностей, відступ від принципів честі, обов'язку та відповідальності перед своєю совістю за себе та оточуючих. Подальший розвиток технологізації, цифровізації, призводить до зміни патернальних відносин в сфері медицини.

На перше місце виходить автономія пацієнта, людини, яка формує «турботу про себе», використовуючи всю доступну інформацію медичної системи. Тому, зрозуміло, що професійний світогляд майбутнього лікаря вже сьогодні повинен змінюватись, у напрямку партнерських відносин із пацієнтом.

Але як показує час, медична система не дуже активно змінюється, сучасні, прогресивні методи збереження здоров'я не впроваджуються ні медициною, ні більшістю пацієнтів. Клініку не цікавлять здорові люди. Хоча історичний погляд презентує гуманне відношення до людини, де в «якості точки відліку обиралося здоров'я, а не хвороба».

Проте сучасна медицина обрала інший шлях: медицина зосередилась на хворобах тілесного генезу. В медицині панує патоцентрізм. «Культ хвороби» негативно впливає на формування лікаря, даючи однобічне уявлення про взаємовідношення [1, с. 79]. Для лікарів під час навчання головним напрямком є акцентування на питаннях етіології, патогенезу і діагностики різних хворобливих станів. На думку Коновалової В., таке «навчання» сучасного

медичного знання неминуче відвертає акцент із «лікувати хворого» на «лікувати хворобу» [1, с. 80].

Другий фактор, який презентує дегуманізацію в медицині, пов'язаний з розвитком науково-технічного прогресу, Коновалова В. виокремлює «сверхспеціалізацію» медичних знань, інструменталізм, який підмінює клінічне мислення, деперсоніфікацію в відношення лікар-пацієнт, психосоматичний дуалізм, стандартизацію соматичних, фізіологічних і психічних параметрів у клінічному дискурсі [1, с. 81].

Нові методи діагностики і лікування беззаперечно допомагають у клінічній практиці лікарям, втім є одна деталь – втрата мистецтва спілкування з пацієнтом. Сучасні технології дозволили лікарю на певному етапі дистанціюватись від особистості пацієнта, якого «замінює» кардіограма, знімок томографа, список результатів аналізів.

Лікарі, в певному сенсі, з байдужістю ставляться до спілкування з пацієнтом (особливо перше спілкування, воно одразу ж замінюється тотальною діагностикою!). Але ж, беззаперечний факт, що розмова з пацієнтом дає уяву про причину хвороби, супутні патології, індивідуальні особливості пацієнта. У свою чергу, перше спілкування є основою для початку взаємовідносин лікар-пацієнт, від якого залежить лікувальний процес у цілому. Лікар Лінь Цяо-Чжі висловила думку стосовно сучасного технологізованого мовчання: «Лікарю завжди необхідно бачити пацієнта обличчям до обличчя, та діагноз повинен бути виставлений тільки після обліку як результатів обстеження, так і власного досвіту» [2].

Орієнтація на технології негативно вплинула на взаємовідносини між лікарем та пацієнтом. Все більше людей вважають, що медики це цинічні, байдужі люди, які «виносять людину за дужки».

Тому, необхідність утримувати гуманітарний обрій медичного знання і практики – важливіша умова подолання кризових явищ у сучасній науковій медицині.

Список використаних джерел

1. Коновалова В. В. Формування світогляду сучасного лікаря: соціально-філософський аналіз: дис. канд. філос. наук. – Уфа, 2015. – 208 с.
2. Our Thoughts on Medicine and Philosophy. – 2017. – URL: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5308004/>

ДЕОНТОЛОГІЧНІ ПИТАННЯ В ЕПОХУ АНТРОПОЛОГІЧНОЇ КРИЗИ

*Карім Ель Гуессаб, к.філос.н., доцент,
доцент кафедри соціальної філософії та управління,
начальник Центру освітніх послуг для іноземних громадян,
Запорізький національний університет*

В останні кілька десятиліть у сучасному суспільстві активно обговорюється можливість легалізації евтаназії. Феномен, що позначений терміном «евтаназія», етимологічно походить від грецьких слів «Eu» («добре») та "Thanatos" ("смерть"), досліджується філософією, медичною етикою,

правознавством, релігієзнавством та низкою інших наук. При цьому безпосередньо філософія багато в чому відштовхується від власного бачення цього феномену, виявляючи в ньому онтологічну (в руслі розуміння смерті), природничо-правові, морально-етичні та соціально-філософські складові.

Вперше термін «евтаназія» було введено у філософський та науковий обіг англійським філософом Ф.Беконом, хоча зміст позначеного цим терміном феномену мислителі намагалися розкрити і раніше. Тим часом на початку ХХ століття юрист Біндінг та психіатр Гохе запропонували називати евтаназією знищення неповноцінних людських життів. Згодом Погляди Біндінга і Гохе знайшли відображення в ідеології фашизму. Здавалося що вже сам по собі цей факт свідчить проти легалізації евтаназії, але не поспішатимемо з висновками.

Аксіоматичною є теза про те, що життя – добре, а смерть – погано. Але що буде, якщо поміняти їх місцями? Смерть – добре, а життя – погано. І справа не в гуманності та милосерді, або в клятві Гіппократа, а в наших світоглядних засадах та традиціях мислення. У тому, до чого ми звикли у процесі соціалізації. І, якби спочатку нам вселяли евтаназію, як міру необхідності, то ми, як правило, її б прийняли. Але наш світ влаштований складніше. І два протилежні табори століттями б'ються над дозволом чи заборонаю евтаназії. Така сама суперечка виникає при вирішенні або забороні смертного вироку.

У ряді країн ідея допустимості пасивної евтаназії активно впроваджується в суспільну свідомість. Активна евтаназія – введення препарату, для облегшення страждань хворого та зупинки життя, а пасивна евтаназія – відключення від апаратів, що штучно підтримують життя. Так, британське «Суспільство Рационального Самогубства Літніх Людей» (воно, дійсно, так називається – Society for Old Age Rational Suicide /SOARS/) [1], закликає зробити «допомогу при самогубстві» легально доступною та для тих пацієнтів, які зовсім не є смертельно хворими. Опитування громадської думки показують, що ця ідея користується все більшою популярністю.

Сьогодні з'явилися такі поняття, як «суїцидальний туризм» та «суїцидальний турист». Суїцидальний туризм є різновидом туризму, пов'язаного з рухом на підтримку евтаназії, в рамках якого для потенційних кандидатів організуються поїздки в ті країни, де допускається евтаназія, сподіваючись на декриміналізацію цієї практики в інших частинах світу. Евтаназія легалізована у низці європейських країн (Голландія, Люксембург, Бельгія) та в деяких штатах США. У Швейцарії умови для добровільного відходу з життя вважаються найліберальнішими. Останні дослідження показують, що з 2009 року кількість людей, що подорожують до Швейцарії, щоб покінчити життя самогубством, подвоїлося. Суїцидальні туристи є переважно жителями Німеччини та Великобританії, хоча вони також приїжджають з інших країн, включаючи Сполучені Штати Америки та Канаду. Майже половина з них страждає від несмертельних неврологічних захворювань, таких як параліч, хвороба рухових нейронів, хвороба Паркінсона та розсіяний склероз.

Саскія Готьє, доктор медичних наук з Інституту судової медицини Цюріхського університету та її колеги повідомляють про свої висновки у статті,

опублікованій у «Журналі медичної етики»: «Надання допомоги у самогубстві обмежено в багатьох країнах, але у Швейцарії така допомога чітко не регулюється законом, що призводить до притоку людей, які приїжджають в країну, в основному в Цюріх, з єдиною метою – припинити своє життя» [2]. Вік туристів-самогубців від 23 до 97 років (середній вік – 69 років). Більше половини (58,5%) були жінки, у яких схильність до евтаназії на 40% вища, ніж у чоловіків. У всіх, крім чотирьох, евтаназія була проведена у вигляді фенобарбіталу натрію. Причиною самогубства були неврологічні захворювання (47,4%), рак (37,2%), ревматичні захворювання (24,6%), серцево-судинні захворювання (15,2%), психічні розлади, включаючи деменцію (3,4%), ВІЛ (1,3%).



Мал.1. Sarco (або Pegasos) – пристрій для евтаназії

Назва «Сарко» є скороченням від слова «саркофаг» [3]. Азот, будучи досить інертним у вільному стані, запобігає появи паніки, почуття задухи та страждання перед втратою свідомості, відомі як гіперкапнічна реакція на тривогу. Sarco був винайдений активістом кампанії за легалізацію евтаназії Філіпом Нічці у 2017 році. У грудні 2021 року Sarco отримала дозвіл на використання у Швейцарії [3].

Проблема евтаназії – складна міждисциплінарна проблема, що містить спірні питання морального та правового характеру. Вирішення їх на даний момент відбувається у бік гуманізму, тобто визнання цінності людського життя, а також з урахуванням клятви Гіппократа, за якою лікар не має права завдавати шкоди пацієнту.

Евтаназія є питанням наукового знання лише у другу чергу. Насамперед, вона є справою вибору, початковою ціннісною позицією, що задає сенс і визначає спрямованість людських дій. Саме тут проявляється зв'язок між розумінням життя, смерті та рішенням щодо їх приводу – як з боку лікаря, і з боку пацієнта, і навіть громадськості загалом. Рішення це вимагає моральних, інтелектуальних та духовних зусиль, бо цей вибір не обмежується долею однієї людини, а стосується всього людства.

Список використаних джерел

1. Лаврин А.П. Хроники Харона. Энциклопедия смерти. – Новосибирск: Сибирское университетское издательство, 2009. - 345 с. С.145

2. Medscape Medical News. «Suicide Tourism» to Switzerland Doubles in 4 Years. Megan Brooks. August 21, 2014, <http://www.medscape.com/viewarticle/830276>

3. В Швейцарии одобрили использование камеры без кислорода для эвтаназии, <https://lenta.ru/news/2021/12/06/capsule/>

ЗНАЧЕННЯ ВИВЧЕННЯ ФІЛОСОФІЇ МЕДИЦИНИ ДЛЯ ЛІКАРСЬКОЇ ПРАКТИКИ

*Самойленко Олена Валентинівна, канд. філ. н., доц.,
завідувачка кафедри мовних та гуманітарних дисциплін №1,
Костюченко Дар'я Олександрівна,
студентка I курсу медичного факультету №1,
Донецький національний медичний університет*

Тісний зв'язок медицини і філософії існував завжди. Говорили навіть, що медицина – це сестра філософії. Ще з часів Гіппократа, медицина давала емпіричний матеріал та ставила нові проблеми перед філософією. А та в свою чергу ставала основою світогляду, розробляла нові засоби пізнання, проводила аналіз та синтез.

Філософія та медицина мають *спільний предмет пізнання – людину*, а також спрямування на *проблеми життя та смерті*. Антропологічна проблематика є об'єднуючою складовою між філософією та медициною. Встановлено, що великим ризиком для сучасної медицини є знецінення гуманітарного впливу, який вважається наразі непотрібним медикам. Важливо зберегти лікарське мистецтво, виховати лікаря-філософа, який міг би лікувати тіло, відчуваючи душу. Це стає особливо важливим у наші часи, коли люди проводять більше часу з технікою, ніж з іншими індивідуумами.

Отже, філософія медицини - це особлива галузь наукового знання, що знаходиться на стику цих двох наук [1].

У сучасному світі інтерес філософів до медицини зростає з появою труднощів теоретизації медицини і проблемами етичного характеру. Філософія прагне осмислити специфіку медицини за допомогою вже існуючих знань, бо сучасна медицина втратила багато гуманістичного змісту як у навчанні, так і на практиці.

Філософія медицини лежить в основі сучасних медичних теорій:

- **Теорії адаптивного реагування** (окрім біологічної адаптації включає адаптацію соціальну);
- **Теорії детермінізму** (зв'язок явищ та процесів в організмі);
- **Теорії нормальної саморегуляції;**
- **Теорії загальної патології.**

Також завдяки філософії медицини розвивається «філософія лікування» – встановлення діагнозу, лікування, реабілітація (людина – психосоціальна істота).

Філософська **теорія цінностей** зробила великий внесок в сучасний розвиток медичної деонтології, лікарської етики. Лікарю для успішного лікування постійно доводиться працювати з внутрішнім духовним світом пацієнта, намагатися змінити його систему цінностей, обговорювати з ним

життєві питання. Цілком очевидно, що лікар, який володіє такими розділами філософського знання, працюватиме з пацієнтом набагато ефективніше.

Методологічним фундаментом медичного знання є *діалектичний підхід*. Він ґрунтується на цілісному мисленні, об'єднанні протилежностей, взаємозв'язку загального, а не локального. Якщо медичний працівник не володіє діалектичним методом, він не зможе правильно оцінити патологічні процеси в організмі.

Знання основних положень *теорії систем* дозволяє розглянути деталі, частини, процеси індивідуального організму, розглядати функції систем і не забути про цілісність. Використовуючи такий метод, ми не маємо права забувати, що лікуємо чи досліджуємо не організм, а людину: враховувати не лише соматичний, а й психічний стан пацієнта, індивідуальні та особистісні характеристики. Відповідно гносеологічний принцип свідчить: пізнання цілого має передувати пізнанню його елементів.

Сфера інтересів філософії медицини поширюється також на нетрадиційну медицину як область практичної діяльності, не пов'язану з медичною наукою, але яка стосується здоров'я людини. Ставлення лікарів та філософів до альтернативної медицини, як правило, негативне. Однак був відзначений факт: якщо хворий замість звернення до лікаря-професіонала вважає за краще отримати консультацію у знайомої медсестри чи іншого, і таким шляхом впорається зі своєю недугою, то ці люди фактично виступають у ролі «цілителів».

Використовуючи ліки, деякі лікарі не завжди звертають увагу, що ці засоби надають оздоровчий вплив не тільки хімічним, а й психотерапевтичним способом. Так не зайняте, не використовуване лікарями «психологічне поле» в людині успішно експлуатується представниками альтернативної медицини.

Можна зробити висновок, що сучасна теоретична медицина на сьогодні ще не є комплексним знанням, а представлена у вигляді «фрагментів». Без опори на філософію практично неможливо створити єдину теоретичну базу. На нашу думку, вирішити це питання можна аналізуючи філософію і медицину на основі їх співпраці та взаємозалежності, тому доречним вважаємо впровадження в освітню програму для студентів медичних ВНЗ нової дисципліни – філософії медицини.

Список використаних джерел

1. Формы дистанционного образования. URL: <https://infopedia.su/7x7a91.html> (дата звернення: 14.10.2021).
2. Кузнецова Т. Г. Здоровье как философская проблема. Екатеринбург: УГМУ, 2014. Т. 1. 243 с.
3. Лузан А. Вступ до філософії. Центр навчальної літератури, 2019. 136с.
4. Бичко І.В. Філософія. ЦУЛ, 2019р. 648 с.

ФІЛОСОФІЯ ЗДОРОВ'Я ЯК СКЛАДОВА ФІЛОСОФІЇ МЕДИЦИНИ

*Сініцина Алла Василівна, кандидатка філософських наук,
доцентка кафедри українознавства і філософії,*

Івано-Франківський Національний медичний університет,

*Дойчик Максим Вікторович, доктор філософських наук, доцент,
завідувач кафедри філософії, соціології та релігієзнавства, Прикарпатський
національний університет імені Василя Стефаника*

Осмилення здоров'я визначає одну з важливих проблем сучасної медицини і складає фундамент для актуалізації ціннісних потенцій людини. Маючи своїм об'єктом дослідження найскладніше – людину, медицина, певною мірою, звертає недостатню увагу на шляхи збереження та зміцнення здоров'я, фокусуючись переважно на лікуванні гострих форм хвороб, на спробах їх подолання.

З огляду на те, що здоров'я є одним з провідних понять медицини, і увесь прогрес у медицині кінцево пов'язаний саме з проблемою здоров'я як належного, філософія як метанаука, виходячи за межі медичних експлікацій цього поняття, підійшла до вивчення закономірних взаємозв'язків та причинної умовленості, які і призводять до зміни стану організму людини.

Зазначимо, що ключове, сучасне трактування здоров'я зводиться до «стану повного фізичного, психічного і соціального благополуччя, а не тільки як відсутності хвороби або фізичних дефектів», що зафіксовано в Преамбулі до Конституції Всесвітньої організації охорони здоров'я [2]. І тут звернемо увагу, що коли ми визначаємо здоров'я як «здоров'я від» – в сенсі свободи від хвороби, ми наділяємо його негативним значенням, тобто, здоров'я як відсутності чогось. Але якщо здоров'я сприймати як наявність того, що необхідно для реалізації в суспільстві, тобто, «здоров'я для» – в сенсі тих можливостей діяти, реалізувати себе, які відкриті людині, оскільки вона здорова, то здоров'я при цьому постає не просто як дещо безмірне, але як таке, що співвідноситься з можливостями і здатностями людини; як функціональний стан організму людини, що пов'язаний із повноцінною роботою органів і систем, який забезпечує тривалість життя і здатність людини до оптимальної соціальної активності.

Така дефініція поняття здоров'я належить до класичного його трактування і розуміння. Але до такого змістовного означення здоров'я людство йшло довгі тисячоліття. І тут варто було б звернути увагу на призабуті слова Гіппократа про медицину, як «найвеличніше з усіх мистецтв» [1, с. 93]; як «мистецтво відновлення здоров'я людини» [1, с.131]; і про справжнього лікаря, який повинен обов'язково бути філософом, бо саме «лікар-філософ є рівним богові» [1, с. 111]. Лікар, на думку Гіппократа, має проявляти здатність бачити, «чи є у хворобах божественне», і чи не ховаються за фізичними стражданнями людини, пов'язаними із втратою здоров'я, метафізичні причини [1, с. 309]. Але в той самий час, лікар не повинен умисно і безвідповідально приписувати усім хворобам «божественність», приховуючи тим самим своє невігластво і непрофесійність [1, с.495-497]. Лікар немов як провидець повинен навчитись передбачати хворобу людини, яка ще є здоровою. І таким своїм

передбаченням, тлумаченням передбаченого, глибинним розумінням причин, він також може сприяти одужанню вже хворої людини. Як зазначав Гіппократ: «завдання лікування найкраще буде здійснюватися тоді, коли він [лікар] передбачить майбутнє» [1, с. 309].

Давньогрецький вчений, розуміючи медицину як мистецтво повернення людині втраченої внаслідок хвороби краси, чітко рухався в межах парадигмальних настанов свого часу. У його тлумаченні синонімом здоров'я постає тілесна гармонія, краса. Хвороба спотворювала людину. Натомість краса, як одна з найвищих античних цінностей, була свідченням і означенням здорової, гармонійної людини. Тільки гармонійна людина є здоровою і красивою.

Одним із перших мислителів, хто також задумувався над проблемою здоров'я, був Платон. Для нього здоров'я – це благо, яке сприяє духовному задоволенню, а хвороба породжується дисгармонією. Платон визначав життя душі в тілі як життя у в'язниці, проте для нормального існування душі потрібне нормальне існування тіла і тут здоров'я постає важливим для духовного та інтелектуального розвитку людини.

Арістотель, учень і яскравий опонент Платона, визначає здоров'я теж як гармонію тілесних і душевних властивостей. Саме Арістотелю належить означення головної мети медицини – досягнення здоров'я людини.

Античний мислитель і лікар Алкмеон перший зв'язав здоров'я людини із субстанцією світобудови. Для нього здоров'я це гармонія протилежно спрямованих сил, що складають основу світу.

На думку римського мислителя Клавдія Галена, організм людини – це правильне поєднання чотирьох основ світу (вогню, води, повітря, землі). Тому людське тіло як частина оточуючого світу є його відображенням і знаходиться під його впливом. Наше внутрішнє є відбиттям зовнішнього. Порушення гармонії породжує дисбаланс, що і призводить до хвороби. Як бачимо, у античному світі гармонія виступає основою здоров'я і краси, а її порушення спричиняє хвороби.

Сучасна модель філософії здоров'я теж представлена принципом гармонії як цілісної системи організму, до якої належать чотири структурні рівні: ментально-духовний, психічний, соціальний і матеріально-фізичний. Такий підхід покладено в основу біопсихосоціальної природи людини. Відсутність гармонії і рівноваги в цих системах призводить до хвороби. Здоров'я – це не відсутність хвороби, а повне фізичне і психологічне благополуччя, це стан повного порядку у системі. Тіло є лише частиною людини. Воно найдоступніше відчуттям, а тому найбільше привертає увагу. Що є складовою фізичного здоров'я? Це перш за все духовна, психологічна і соціальна складові. Сучасний світ привносить багато нового і не завжди корисного у спосіб життя. Саме тому питання, що пов'язані із здоров'ям, з підтриманням здорового способу життя, власною реалізацією, стають актуальними і життєво важливими.

Список використаних джерел

1. Гиппократ. Избранные книги / Пер. с греч. проф. В.И. Руднева. Москва: Государственное издательство биологической и медицинской литературы, 1936. 736 с.

2. «КОМПАС»: Посібник з освіти з прав людини за участю молоді. Здоров'я Council of Europe [Електронний ресурс]. Режим доступу: <https://www.coe.int/uk/web/compass/health>

3. Сініцина А.В. Духовна психоінтеграція як усвідомленне управління здоров'ям // Збірник матеріал Міжнародної науково-практичної конференції присвяченій пам'яті св. Луки (В.Ф. Войно-Ясенецького). Київ, 2019. С.264-266.

АКТУАЛЬНІСТЬ ВИВЧЕННЯ БІОЕТИКИ У СУЧАСНІЙ СИСТЕМІ ОСВІТИ

*Іванова Каріна Андріївна, доктор філософських наук, професор,
завідувач кафедри філософії та соціології,*

*Балабай Яна Володимирівна, кандидат історичних наук, доцент,
Кулакова Оксана Миколаївна, кандидат культурології, доцент,
кафедра філософії та соціології,
Національний фармацевтичний університет*

Сучасна практична медицина досягла високого рівня розвитку, тоді як теоретична медицина знаходиться у кризовому стані. Чим глибше сучасна наука осягає закони і принципи природи, тим з більшими морально-етичними ризиками зіштовхується суспільство, і тим впливовішою стає біоетика, яка закликає загальмовувати або зупиняти небезпечні та аморальні технології.

Виходячи з тези про те, що медицина – це мистецтво лікування, а її об'єктом виступає людина страждаюча, біоетика закликає захищати гідність та права людини у повсякденній практиці охорони здоров'я та сфері біомедичних досліджень. Біоетика – це необхідна ланка взаємодії між лікарем, генетиком, дослідником та юристом, з одного боку, та пацієнтом – з іншого.

Кожна людина являє собою протирічливу, динамічну єдність двох протилежних начал – біологічного та соціального. Медицина звертається до вивчення, осягнення та подолання недоліків у біологічному началі людини, у тому пласті буття людини, який проявляється у стані здоров'я, але, разом з тим, «присутність» природи і суспільства у самій людині, в її психіці, тілі та генах, набуває все більше актуальності у філософській антропології. Некероване використання сучасних біомедичних технологій може мати довгострокові наслідки для здоров'я людини з одного боку, та стану суспільних відносин – з іншого. Ігнорування або недооцінення етико-правових обмежень можуть стати фактором руйнування традиційних підвалин суспільства. Таким чином, окреслюється міждисциплінарна проблема: розвиток біомедичних технологій значно випереджує осмислення моральних та соціальних наслідків їх безконтрольного застосування.

У сфері репродуктивних технологій життя людини стає своєрідним «продуктом», на який, з одного боку є попит, з іншого – пропозиція, а також є інструмент (біологічний матеріал) та виконавець – спеціаліст. У галузі генетики маніпуляції з геномом людини наражають на небезпеку неповторну людську індивідуальність – дар, яким наділила людину природа. Клонування людини – це створення людини за заздалегідь заданими параметрами, які визначаються та встановлюються іншою людиною (спеціалістом), отже першочерговою

проблемою є вимоги до рівня моральної відповідальності спеціаліста, який може виявитися нижче рівня самих наукових досягнень. Прагнення духовного удосконалення та виходу за межі власних можливостей керувало людиною в усі часи та спонукало її на наукові звершення. Але зробити себе, свою тілесність об'єктом перетворення стало можливим тільки сьогодні. Таким чином, біомедичні технології дають нам інструмент перетворення власної природи, але разом з тим, небезпечний та непередбачуваний досвід незахищеності перед обличчям цієї потужної сили. Відповідь на цей виклик перебуває у площині моралі, яка забезпечує захист людського життя від довільної маніпуляції ним, а моральні переконання людей залишаються єдиним засобом захисту.

Ключова проблема біоетики про сутність живого та його походження полягає у співвідношенні біологічного поняття «життя» з категорією життя у соціогуманітарних науках. Дане співвідношення повертає спеціаліста до принципів гуманізму, людяності, визнання високої гідності кожного учасника ланки взаємодії: лікар, фармацевт, біолог, вчений, юрист, пацієнт.

Біоетика інтегрує до єдиної системи основні принципи етики як філософської науки про мораль та досягнення сучасної науки у галузі медицини, фармації, біології, генної інженерії. Біоетика спрямована на формування світогляду спеціаліста, який несе високу відповідальність за свою професійну діяльність, формує певний умонастрій постійної відповідальності за життя.

Наука, яка обмежена дослідницькими методами та експериментальними даними, повинна також враховувати дані інших наук, галузей знання, які перебувають за межами її компетенції. Отже, гармонізація міждисциплінарних підходів має сьогодні складати основу наукових досліджень, розвитку технологій та практичної реалізації. Біоетика забезпечує функціонування системи гуманітарних вимірів науки, передусім, медицини, фармації, біології, нівелює позанауковий підхід, запроваджуючи, натомість колегіальний підхід до пацієнта та нарративну практику. Сучасні обмеження сфери медичної практики багато у чому зумовлені відірваністю природничих наук від гуманітарного знання. В основі цього розриву перебуває розмежування науки та релігії, науковості та духовності. Науковий метод сьогодні обмежується сферою фізичної матеріальності, а галузі духовних онтологій розглядаються як такі, що принципово не піддаються науковій методології. Як наслідок, ми отримуємо або бездуховну науку або позанаукову духовність (релігію). Визнання одушевленості, компетентний підхід до роботи з пацієнтом, високий професійний та культурний рівень лікаря та фармацевта призводять до індивідуалізації медичного дискурсу, створення гуманістичної концепції пацієнта у межах гуманітарної медицини, фармації.

Біоетика сьогодні спрямована на міжнародний діалог з етичних і правових аспектів біології та медицини та вбачає пріоритетним інформувати спеціалістів, представників влади та широку громадськість про дослідження у галузі біоетики. Завдання біоетики спрямоване на збереження життя заради здоров'я людини. Біоетика апелює передусім не до розуму, а до сумління. Необхідно досягнути зміст нових підходів, змін в логіці біоетики як нової морально-правової парадигми у сфері охорони здоров'я на основі

філософського переосмислення вічних проблем моралі: добра і зла, гідності, прав людини, сенсу життя, проблеми морального вибору.

Список використаних джерел

1. Іванова К. А., Балабай Я. В. Місце гуманітарних наук у процесі формування гуманітарної медицини та фармації // Актуальні проблеми розвитку освіти і науки а умовах глобалізації. Матеріали всеукраїнської наукової конференції. 4 – 5 грудня 2015 р., м. Дніпропетровськ. Частина II. / Наук. ред. О. Ю. Висоцький. – Дніпропетровськ: Роял Принт, 2016. – С. 9 – 11.

2. Кисельов М. Філософські та світоглядні аспекти біологічної етики // Вісник Національної академії наук України. - 2001. - № 11. - С. 16-25. – Режим доступу: http://nbuv.gov.ua/UJRN/vnanu_2001_11_5.

3. Ліщинська О. Основні принципи сучасної біоетики // Вісник Соціогуманітарні проблеми людини. – 2005. - № 1. – С. 152 – 159. – Режим доступу: <http://znc.com.ua/ukr/publ/periodic/shpp/2005/1/p152.php>

ПРОБЛЕМА КРИТЕРІЇВ НАУКОВОСТІ У МЕДИЧНОМУ КОНТЕКСТІ

*Сенетий Дмитро Петрович, д. філос. н., доцент,
доцент кафедри суспільних дисциплін,
Запорізький державний медичний університет*

Проблема критеріїв науковості, відома також як "проблема демаркації" між наукою та ненаукою (і особливо псевдонаукою), була однією з головних у філософії науки ХХ століття і досі залишається дискусійною та актуальною. Про це свідчать, зокрема, такі недавні публікації як збірка "Філософія псевдонауки" за редакцією Массімо Піглуччі та Мартена Бовдрі (Pigliucchio & Boudry 2013) та книга Лі Макінтайра "Наукова настанова: на захист науки від заперечення, шахрайства та псевдонауки" (McIntyre 2019). Мабуть, найбільш інтенсивно ця проблема обговорювалася у період приблизно від 1920-х до 1970-х років у зв'язку з позитивістським вченням про можливість верифікації (емпіричного підтвердження) як критерій осмисленості та висунутою у полеміці з позитивізмом пропозицією Карла Поппера вважати критерієм демаркації (розмежування) між емпіричною наукою та "метафізикою" (загалом, усіма теоріями і висловлюваннями, які не належать до царини емпіричних наук) потенційну можливість емпіричної фальсифікації, фальсифікабельність.

Хоча пропозиція Поппера піддавалася серйозній критиці (див., зокрема, Grünbaum 1979; Laudan 1983), до неї досі найчастіше апелюють, коли потрібно пояснити, що ж відрізняє емпіричну науку від усіх інших теорій та уявлень, особливо від псевдонауки. На мою думку, це свідчить про те, що пропозиція Поппера, схоплює найсуттєвіше з того, що самі науковці зазвичай сприймають як визначальше для характеру їх діяльності. Головні критичні зауваження щодо критерію Поппера по-перше, вказують на те, що він, напевно не є *достатнім* для окреслення меж емпіричної науки і, по-друге, вказують на його двозначність. Але якщо це так, то цей критерій може працювати як *ключовий* для більшості ситуацій, в яких виникає потреба розрізнення емпіричної науки і

ненауки (або псевдонауки): фальсифікабельність може розглядатися як необхідна (хоча ймовірно і недостатня) умова віднесення теорій чи тверджень до категорії емпірично-наукових.

Теза про те, що фальсифікабельність не є *достатньою* умовою для того, щоб теорію чи твердження вважати емпірично-науковими, має просте й переконливе обґрунтування: є твердження, які є фальсифікабельними, але не являють (і ніколи не являли) ніякого інтересу для науки. Наприклад, завідомо хибні емпіричні твердження або тривіальні емпіричні твердження. Але зазвичай, коли виникає потреба у розрізненні науки й ненауки (псевдонауки), мова не йде про такі випадки, і критерій фальсифікабельності, як *необхідна умова* емпіричності, дає змогу провести таке розрізнення. Якщо ж ми хочемо наблизитися до умови емпірично-науковості, яка була б не лише необхідною, але й достатньою, то можна спробувати це зробити, доповнивши критерій Поппера деякими іншими умовами, такими як релевантність до актуальних наукових проблем та узгодженість з основною масою наукового знання, яке на момент висунення даної гіпотези/теорії успішно пройшло емпіричні випробування. На доречність останньої вимоги слушно звертає увагу Маріо Бунге в контексті філософії медицини (Bunge 2013): в науковій медицині, гіпотезу слід сприймати всерйоз (а отже, пробно надавати їй науковий статус) і далі піддавати емпіричним випробуванням лише за наявності такої узгодженості, адже піддавати суворим випробуванням гіпотези, які явно не узгоджуються з основною масою добре емпірично випробуваного наукового знання – це, найчастіше, марнувати час, зусилля і (ймовірно, великі) кошти.

Стосовно двозначності критерію фальсифікабельності, то справді, Поппер інколи описував фальсифікабельність як, здавалося б, суто логічну справу, ніби йдеться про те, які передбачення випливають з теорії, але в інших випадках він наголошував також і на важливості настанови прибічників теорії, їх готовності визнавати спростування, а не захищати теорію будь-якими засобами. Але з цього, на мою думку, слід зробити висновок не про неадекватність критерію фальсифікабельності, а про те, що фальсифікабельність у Поппера є двоаспектним поняттям: у нього є логічний аспект та психологічний аспект.

Якщо враховувати цю двоаспектність і те, що критерій фальсифікабельності, у цьому сенсі, слід розглядати як необхідну, але не достатню умову емпіричної науки, немає потреби в "ревізії", яку пропонує Лі Макінтайр. Цей автор, спираючись великою мірою на ідеї Поппера, обґрунтовував тезу, що ми можемо сформулювати досить адекватне розуміння того, що відрізняє емпіричну науку від ненауки на основі простої необхідної (але не достатньої) умови, якою є *готовність навчатися на досвіді*. Точніше, "наукову настанову можливо підсумувати як відданість двом принципам: 1) для нас важливі емпіричні свідчення та 2) ми готові змінювати наші теорії у світлі нових свідчень" (McIntyre 2019, 66). Лі Макінтайр ілюструє цю тезу яскравим прикладом з історії медицини – застосування у середині ХІХ століття угорським лікарем Ігнацем Земмельвейсом емпірично-наукового підходу для виявлення причин небезпечної хвороби, післяпологової гарячки, і винайдення ефективних засобів запобігання цій хворобі, всупереч спротиву та обструкції з

боку тодішнього медичного естеблїшменту, який зайняв догматичну (і, отже, ненаукову) настанову (McIntyre 2019, 71-74).

Але бути "готовими змінювати наші теорії у світлі нових свідчень" – це і є психологічний аспект фальсифікабельності наукових теорій. І зрозуміло, що для того, щоб було можливим у такий спосіб навчатися на досвіді, потрібно, щоб з цих теорій випливали передбачення які можуть конфліктувати з досвідом, що є логічним аспектом фальсифікабельності. Так воно й було у прикладі з Земмельвейсом. Тож на мою думку, цей приклад показує, що пропозиція Макінтайра вважати визначальною необхідною умовою емпіричної науки готовність навчатися на досвіді рівнозначна пропозиції Поппера вважати такою умовою фальсифікабельність, з урахуванням двоаспектності цього поняття.

Потрібно зауважити, що процедура фальсифікації та критерій фальсифікабельності має в медичних науках свої особливості, пов'язані з трьома основними факторами: по-перше, зі статистичним характером терапевтичних гіпотез, по-друге, з терапевтично значимими відмінностями між людьми, на яких проводять випробування і, по-третє, з психічною реакцією цих людей на процес проходження терапії (ефект плацебо).

Особливого підходу потребує ситуація коли декілька клінічних випробувань певного лікарського засобу дають різні результати: одні випробування, здається, виявляють статистично значимий позитивний лікувальний ефект, а інші – ні. За умови, що усі ці випробування здійснені з дотриманням усіх наукових вимог, і за умови відсутності інших лікарських засобів з більш чітко вираженим позитивним лікувальним ефектом для даного захворювання, виправданим буде оцінка ефективності цього лікарського засобу за кумулятивними (сумарними) показниками в усіх таких випробуваннях разом. Це потрібно, оскільки інколи в медицині навіть невеликий позитивний лікувальний ефект (за відсутності більш ефективних засобів) є важливим. Тому доречним є оцінювання на основі систематичного огляду результатів усіх здійснених досліджень стосовно даного лікувального засобу (Howick 2011, 27-28).

Стосовно двох інших головних факторів, що становлять суттєву особливість випробувань лікувальних засобів (терапевтично значимі відмінності між піддослідними людьми та їх психічне реагування на процес проходження терапії), то можливість порушення цими факторами об'єктивності оцінки ефективності випробовуваних засобів ефективно нейтралізується засобами, які вимагаються стандартом рендомізованих клінічних випробувань (randomized control trials, RCT): порівняння результатів експериментальної та контрольної груп, рендомізація, плацебо-контроль та "подвійна сліпота".

References

1. Bunge, M. (2013). *Medical Philosophy*. London, New York: World Scientific.
2. Grünbaum, A. (1979). "Is Freudian Psychoanalytic Theory Pseudo-Scientific by Karl Popper's Criterion of Demarcation?" *American Philosophical Quarterly* 16(2): 131-141.
3. Howick, J. (2011). *The Philosophy of Evidence-based Medicine*. Wiley-Blackbell.

4. Laudan, L. (1983). "The Demise of the Demarcation Problem." In R. S. Cohen and L. Laudan (eds.), *Physics, Philosophy and Psychoanalysis* (pp. 111–27). Dordrecht: D. Reidel.

5. McIntyre, L. (2019). *The Scientific Attitude: Defending Science from Denial, Fraud, and Pseudoscience*. Cambridge, London: The MIT Press.

6. Piglucco, M., Boudry, M. (eds.) (2013). *Philosophy of Pseudoscience*. Chicago, London: The University of Chicago Press.

7. Popper, K. (1959). *The Logic of Scientific Discovery*. New York: Harper & Row.

ТЕХНОЛОГІЇ РЕДАГУВАННЯ ГЕНОМУ ЛЮДИНИ: ДЕЯКІ ФІЛОСОФСЬКІ ПРОБЛЕМИ

*Сумченко Світлана Володимирівна, к.філос.н.,
доцент кафедри гуманітарних наук та фізичного виховання,
Державний заклад «Луганський державний медичний університет»*

Однією з базових характеристик сучасного етапу цивілізаційного поступу людства є практичне застосування сучасних високих наукомістких технологій у переважній більшості сфер життєдіяльності суспільства та, зокрема, для трансформації біологічної природи людини. Актуальність філософської рефлексії практичного застосування технологій редагування геному людини обумовлена новою пізнавальною ситуацією, яка виникла як результат розвитку нового типу раціональності.

На думку Б. Юдіна, існує дві основні сфери технологічних впливів на людину: сфера нейронауки і технологій, де об'єктом технологічного впливу є мозок людини, та втручання на генетичному рівні. Йдеться про технології редагування генома (або редагування генів) [2, с. 6–8]. Дж. Харріс є автором концепції «удосконаленої еволюції», в рамках якої біотехнологічне удосконалення розуміється як сучасна форма реалізації свободи. Проте, не всі соціальні аналітики налаштовані оптимістично щодо можливості застосування технологій редагування геному людини, усвідомлюючи етичні проблеми. Так, було проголошено заборону на втручання в зародкову лінію людини в «Конвенції про захист прав і гідності людини у зв'язку із застосуванням досягнень біології та медицини: Конвенція про права людини та біомедицину» [1].

В 2015 р. відбувся саміт, по закінченні роботи якого було опубліковано заяву, де були вказані області досліджень і клінічного використання, що можуть здійснюватися в рамках діючих протоколів регулювання і управління; також прозвучала інформація про заборону на клінічне використання редагування «зародкової лінії» [3]. В 2018 р. відбувся другий саміт з редагування геному людини, за результатами роботи якого було заявлено, що ризики, які існують при клінічному використанні редагування «зародкової лінії», є значними, тому практичне використання цих технологій в даний час є безвідповідальним [4].

Отже, на сьогоднішній день тіло людини розглядається як біологічна система, яку можна змінювати. Технології редагування геному дають можливості для зміни біологічної природи всього живого. Проте, практичне

використання даних технологій породжує цілу низку екзистенційних, світоглядних, аксіологічних проблем, які на даний момент не вирішені. Новий космо-гумано-центристський світогляд, основою якого є усвідомлення спільної відповідальності за виживання та подальший прогрес суспільства в його коеволюції з природою, видається найбільш прийнятним в сучасних умовах стрімкого розвитку науки та високих наукомістких технологій.

Список використаних джерел

1. Конвенция о защите прав и достоинства человека в связи с применением достижений биологии и медицины: Конвенция о правах человека и биомедицине. Овьедо, 4 апреля 1997 года [Электронный ресурс]. URL: <https://www.coe.int/ru/web/conventions/full-list/-/conventions/treaty/164>
2. Юдин Б. Г. Человек как объект, потребитель и мишень технонауки. [Электронный ресурс]. Информационный гуманитарный портал «Знание. Понимание. Умение». 2016. № 5 (сентябрь–октябрь). С. 5–22. URL: http://zpu-journal.ru/e-zpu/2016/5/Yudin_Human-Being-Technoscience/
3. International Summit on Human Gene Editing. A Global Discussion. Meeting in Brief [Electronic resource]. December 1–3, 2015. URL: <https://www.nap.edu/read/21913/chapter/1>
4. Statement by the Organizing Committee of the Second International Summit on Human Genome Editing. Statement [Electronic resource]. November 28, 2018. URL: <https://www.nationalacademies.org/news/2018/11/statement-by-the-organizing-committee-of-the-second-international-summit-on-human-genome-editing>

ВПЛИВ ЕКОЛОГІЧНИХ РИЗИКІВ БІОЛОГІЧНОГО СПРЯМУВАННЯ НА ЯКІСТЬ ЖИТТЯ ТА ЦІЛІСНИЙ СВІТОГЛЯД ЛІКАРІВ, ЩО БАЗУЄТЬСЯ НА ПРИНЦИПАХ ГУМАНІЗМУ І МИЛОСЕРДЯ (ВИПАДОК З ПРАКТИКИ)

*Боярська Людмила Миколаївна, професор, зав. кафедри дитячих хвороб,
Герасимчук Тетяна Сергіївна, к.мед.н., асистент кафедри дитячих хвороб,*

Шевченко Раїса Леонідівна, мед. директор,

КНП «Міської дитячої лікарні №5» ЗМР,

Капушта Вячеслав Миколайович, зав. від анест. і інтен. тер. та діал.,

КНП «Міської дитячої лікарні №5» ЗМР,

Сліпко Вікторія Олексіївна, зав.інфек.-боксов. від.,

КНП «Міської дитячої лікарні №5» ЗМР,

Козлова Ольга Миколаївна, к.м.н., лікар – невролог,

КНП «Міської дитячої лікарні №5» ЗМР,

Шайхет Анастасія Сергіївна, лікар – психолог,

КНП «Міської дитячої лікарні №5» ЗМР,

Запорізький державний медичний університет

Навколишнє середовище – не тільки місце оточування та існування людини, що включає природні і штучно створені фактори соціально-економічного і психологічного характеру. Навколишнє середовище взаємодіє з людиною різними шляхами і способами. Внаслідок широкомасштабного перетворення людиною навколишнього середовища, ми стали свідками

розвитку розповсюдження незвичайних патогенів, включаючи вірус Ебола, хворобу Лайма та вірус лихоманки Західного Нілу.

Лихоманка Західного Нілу, що викликається однойменним вірусом, чинить важкі ураження людини та може легко поширюватися, створюючи загрозові епідемічні ситуації. Вірус переноситься комарами, які отримують його під час годування від інфікованих птахів. Вченими встановлено походження вірусу гарячки Західного Нілу, який з'явився майже 1000 років тому на Африканському континенті шляхом поєднання генотипів двох зоонозних вірусів, що викликали захворювання ссавців та птахів. Синоніми захворювання за основними ознаками клінічних проявів є Західнонільський енцефаліт або «качина гарячка». Історичні нариси свідчать, що передчасна смерть Олександра Македонського вірогідно була пов'язана саме з гарячкою Західного Нілу, а саме з проявами у нього енцефаліту. Саме в цей час поблизу Вавилону описували велику пташину загибель. Незважаючи на високу чутливість людей до хвороби, 80 % інфікованих мають безсимптомний перебіг. Але, на жаль, п'ята частина хворих мають серйозні ураження багатьох органів та систем, насамперед ЦНС.

Нами проведено спостереження за важко хворим пацієнтом, у якого, завдяки доступним сучасним дослідженням, діагностовано рідкісну хворобу – лихоманку Західного Нілу, незважаючи на значну географічну відстань між материками.

З анамнезу хвороби відомо, що хлопчик 3-х років захворів після перебування на морі, через 3 тижні по тому. Госпіталізований в стаціонар КНП "Міська дитяча лікарня №5" ЗМР зі скаргами на лихоманку до 38°C, вологий кашель, слабкість, відмову від їжі на третю добу захворювання. Відомо, що зростав здоровою дитиною. Впродовж життя хворів не часто: ОРВІ, бронхіт, вітряна віспа. Харчової та медикаментозної алергії не спостерігалось. Щеплений згідно віку.

Дитині була призначена комплексна патогенетична та симптоматична терапія. Не дивлячись на проведення інтенсивної терапії, стан дитини стрімко погіршувався. В клініці домінували респіраторні (хрипи, відсутність кашльового рефлексу, прояви ДН ІІІ), кардіальні (тахікардія, приглушенність тонів, підвищення тиску), церебральні (токсико-гіпоксична енцефалопатія), метаболічні порушення (ацетонемічний синдром), ін'єкція склер, набряк обох очей. На 14 добу перебування в реанімаційному відділенні стан дитини оцінювався, як дуже тяжкий за рахунок органічної неврологічної симптоматики, кадioresпіраторних порушень. Свідомість у дитини була збережена, але була відсутня спонтанна рухова активність та реакція на больові подразники. Діагностований в'ялий тетрапарез, спостерігали відсутність сухожильних, ступневих, черевних рефлексів. МРТ головного мозку визначило дрібні атрофічні зміни, що супроводжувалися розширенням зовнішніх і внутрішніх лікворних просторів. Неврологом діагностований гострий менінгоенцефаліт, нез'ясованої етіології, тяжкий перебіг, тетраплегія, набряк та набухання головного мозку. Внаслідок комплексного обстеження (клінічного, біохімічного, імунологічного, інструментального, нейровізуалізації (КТ, МРТ);

електрофізіологічного дослідження (нервової провідності, електроміографії) рентгенологічного, вірусологічного, серологічного, ПЛР-тестування) був виставлений діагноз: лихоманка Західного Нілу, гострий енцефаломієліт, тяжкий перебіг. Тетраплегія. Псевдобульбарний синдром. Вогнищева правобічна пневмонія, період реконвалесценції, субателектаз лівобічний S II, правобічний SI, РДС, ДН III. Дисметаболічна кардіопатія, гіпоксія міокарду. Демієлізуюча нейропатія діафрагмальних нервів з двох сторін. Носій трахеостоми (з 04.09.19.)

Вочевидь, хлопчик був вражений одним із численних видів комарів роду *Anopheles*, *Culex*, *Aedes* інфікованих вірусом лихоманки Західного Нілу. Основою для розвитку захворювання стало проникнення збудника через ГЕБ, що викликало розвиток енцефаліту, розвинутого набряку-набухання головного мозку (ННГМ), який часто буває причиною смерті хворих.

Специфічна етіотропна терапія основного захворювання не розроблена. Застосовували патогенетичне та симптоматичне лікування. При явищах інтоксикаційного синдрому використовували інфузійну терапію (глюкозо-сольові, полійонні та колоїдні розчини до 3-4 л на добу). При ознаках ННГМ проводили дегідратацію (фуросемід 20-40 мг на добу, манітол 0,5 г/кг маси тіла), призначали ГКС, а за потреби — протисудомні, седативні препарати. При появі дихальних розладів, розвитку коматозного стану хворого перевели на штучну вентиляцію легенів. Поволі стабілізувалися функції серцево-судинної та дихальної систем, але ознаки ураження нервової системи були стійкими та свідчили про різнобічність її ушкодження вірусом від дистрофічних змін нервових клітин та міжклітинної речовини до порушення мієлінізації нервових волокон. Про це свідчила оцінка обсягу парезу / паралічу кінцівок. Тетраплегія вказує на пошкодження шийного відділу спинного мозку. Для порівняння – геміплегія вказує на пошкодження внутрішньої капсули, нижній парапарез свідчить про пошкодження спинного мозку в грудному або поперековому відділах, монопарез найчастіше викликається ураженням сплетіння або периферичного нерва.

На сьогодні дитині 5 років. Впродовж 2-х років медики героїчно шукають шляхи щодо абілітації хлопчика та покращення якості його життя та життя родини. При наявності складної неврологічної патології є дуже важливим комплексний підхід до забезпечення оптимально можливих умов життєдіяльності дитини, соціальних потреб родини, що обумовлюють якість їхнього життя.

Розвиток людської особистості не обмежується лише фізичним розвитком, важливими є також розумові, психічні, соціальні напрямки формування особистості. Одночасно психоемоційні потреби дитини тісно переплітаються з фізичними можливостями: можливість спілкування з однолітками, отримання позитивних емоцій, знань. Сприятливий розвиток дитини і його сприятливе ставлення до зовнішнього світу є основою психічного здоров'я. Особистість дитини, його характер та схильності формуються уже на цьому ступені розвитку. В даному випадку дитина впродовж 2-х років знаходилася в лікарні прикута до ліжка, в обмеженому просторі палати в оточенні медичного персоналу та матері. Ці обмеження сприяли не лише

розвитку атрофічних процесів кістково-м'язової системи, а й негативному впливу на формування психічних рис. В цих умовах хронічного стресу дитині необхідна особлива увага як з боку матері так і з боку медичного персоналу.

Протягом 2 років педіатри, дитячі невропатологи, психологи професійно лікували, спостерігали пацієнта, раділи малим перемогам разом з родиною, морально підтримуючи та формуючи оптимістичний настрій для ефективної абілітації. Лікарська етика передбачає, насамперед, професіоналізм, як володіння мистецтвом лікування, як показник морально-етичної підготовки педіатра до відповідальної роботи. Професіоналізм не існує без уміння правильно, впевнено, спокійно спілкуватися з психологічно вразливою хворою дитиною та його родиною. За будь-яких умов лікар зобов'язаний робити все від нього залежне, щоб повернути пацієнтові здоров'я, позбавити його мук болю («*divinum opus – cedere dolorem*», що означає «божественна справа – заспокоювати біль»). Таким чином, безсумнівно одне: сучасний медик повинен мати високий професіоналізм і розвинене почуття громадянської відповідальності, щоб відповідати на несподівані виклики сьогодення.

Отже, говорячи про поширення рідких нехарактерних для регіону інфекційних хвороб (лихоманки Західного Нілу), маємо констатувати, що підвищуються ризики екологічних змін завдяки перетворенню людиною навколишнього середовища. Лише комплексний підхід активного епідеміологічного контролю навколишнього середовища (дезінсекційні, дератизаційні заходи), індивідуального захисту (захисний одяг, протимоскітні сітки на вікнах та дверях, репеленти) та систематичне проведення санітарно-освітньої роботи дозволить контролювати та попереджати розповсюдження вірусу гарячки Західного Нілу. Лише командна робота лікарів різних спеціальностей, родини, що базується на принципах гуманізму і милосердя, дозволять протистояти хворобі.

МЕДИКАЛІЗАЦІЯ КУЛЬТУРИ: ЕТИЧНИЙ ПІДХІД

Білокопитова Ніна Іванівна, к. філос. н., незалежний дослідник

Філософія і медицина однаково давні за походженням феномени культури. Та медична наука завжди містила в собі деяку філософську компоненту, вимагаючи діалектичного підходу до вивчення організму людини. Незважаючи на спільність завдань, філософія і медицина спочатку вибирають різні шляхи свого розвитку: медицина – шлях практичної дії, філософія – шлях теоретичного узагальнення і рефлексії. Філософська культура дозволяє медикам долати однобічність у підході до досліджуваних проблем в умовах посилення вузькоспеціалізованої наукової та практичної діяльності. Без опори на теоретичні положення філософії – дослідження з філософської антропології, проблем пізнавальної діяльності – неможливо створити теоретичну парадигму сучасної медицини.

Методи медичних наук при всьому їх різноманітті та досконалості не можуть повністю забезпечити пізнання величезного багатства нормальних і патологічних явищ та їх взаємозалежності. Але і філософський метод не може замінити спеціальних методів медичної науки. Сучасні філософські

дослідження (філософська антропологія, соціальна філософія) лежать в основі медичної теорії адаптації – загальнобіологічної теорії медицини. Сьогодні медична реальність ще більше, ніж в минулому потребує філософського осмислення, яке покликане допомогти всім медикам зрозуміти суть системно-комплексного характеру взаємозв'язку людини з навколишнім світом, детермінацію здоров'я і хвороби в культурно-соціальному аспекті розвитку сучасного світу.

В економічній палітрі суспільства в останнє десятиліття зростає доля медицини. Там, де на щось витрачаються великі кошти, з'являються бізнесові інтереси. В світі в цілому загальний обсяг коштів, що витрачається на медицину і охорону здоров'я, зростає на 3-5% в рік, отже, помітно швидше, ніж сукупний продукт економіки всієї земної кулі. Чим більше грошей вкладає держава в охорону здоров'я, тим довше проживуть люди (зі своєю хронічною хворобою), тим більші ресурси будуть потрібні для охорони здоров'я. Парадокс у тому, що жодна держава не може і ніколи не зможе забезпечити новітніми і найбільш сучасними медикаментами для хіміотерапії всіх хворих на рак та часто вдається до більш старих – менш ефективних, оплачуючи медикаменти не повністю, в недостатніх дозах, а в окремих випадках припиняє оплату цих медикаментів.

Отже, забезпечення або незабезпечення ліками, сучасне і дороге лікування або не лікування – великою мірою є політичним питанням. Всюди, в тому числі і в медицині, з'явився ринок, зі своїм попитом та пропозицією. У медицині змінилася роль пацієнта. Відтепер пацієнт вже не є вдячним одержувачем допомоги, а ринковим клієнтом – покупцем праці та послуг лікаря. Сам термін «медична послуга» має відповідне семантичне забарвлення. Зробити операцію – послуга. Витягнути з того світу – теж послуга.

Досягнення науки дозволили звести медицину до рівня ремесла. Фактично, за певних умов, лікар може безпосередньо взагалі не брати участі в комунікації з пацієнтом. Замість збору анамнезу – заповнення анкет з вибором відповідей, замість обстеження (огляд, пальпація, перкусія) – відразу ж дані інструментальних та інших методів дослідження. Для більшої верифікації – додаткова діагностика (лабораторні тести). Це виключило чисто процедурні помилки, зробило діагностичний процес не творчим, а суто алгоритмованим.

За С. В. Чебановим, «здоров'я виявляється ресурсом і в якості такого виступає як об'єкт управління» [3, с. 220]. Ця думка перегукується з теорією символічного капіталу П. Бурдьє. Здоров'я (і все, що з ним пов'язано) конвертується в різних соціальних полях, має й економічний вимір, а значить, ресурс управління тут заздалегідь є великим.

Медицина базується на філософсько-моральному вченні Гіппократа, К. Галена, Цицерона, І. Канта про моральний обов'язок. Якщо медики не пам'ятатимуть про свій обов'язок діяти на благо людини, медицина може стати чим завгодно (анатомією, фізіологією, біомедициною, мікробіологією), але тільки не медициною у відомому сенсі її розуміння. Медицина давно й міцно злилася з вимогами морально-етичного обов'язку – безкорисливо служити людям [1, с. 191].

Тому й важливо сьогодні піднімати питання про сучасний стан соціальної культури медицини. Кожній історичній епосі відповідала своя соціальна культура медицини – це головним чином, інституціональна «культура примусу». В умовах повсюдної економічної параної панує антропологічний тип «споживача» і «прагматика» і відповідний йому світоглядний принцип – гедоністичний індивідуалізм, який як «кислота роз'їдає» інституційну сферу медицини. Дегуманізація інституційної сфери медицини руйнує ціннісні відносини між лікарем і пацієнтом. В основі діяльності лікаря має лежати співчуття, розуміння іншого. Але лікар поставлений сьогодні в нереальні умови «виживання-заробляння», які роблять його «Тілом без органів» (за Ж. Дельозом, Ф. Гваттарі) і тому лікар як «вчений» став тіснити лікаря «гуманіста» [2, с. 212].

Тож, сучасне суспільство вступило в період тотальної медикалізації, що відбивається не тільки на сфері хвороб і організації охорони здоров'я, а й на специфіці соціальної поведінки, соціальних інтеракцій, структурі очікувань і переваг, так як хвороба покинула сферу приватного і перетворилася в соціальний факт.

Список використаних джерел

1. Соціально-філософські та етичні проблеми медицини: навч. посібник / За заг. ред. А. П. Алексеєнко, В. М. Лісового. Харків: Колегіум, 2010. 340 с., С.191, URL:

http://repo.knmu.edu.ua/bitstream/123456789/4232/1/Problem%20MEDIKS_1.pdf
(дата звернення 25.10.21).

2. Утюж И.Г. Социальная культура медицины: социально-философский аспект, *SCIENCE TIME* 2 (14), 2015, С.208-212, URL:

<https://cyberleninka.ru/article/n/sotsialnaya-kultura-meditsiny-sotsialno-filosofskiy-aspekt/viewer> (дата звернення 25.10.21).

3. Чебанов С. В. Биологические основания социального бытия // Очерки социальной философии. СПб.: СПбГУ, 1998. С. 201–227.

БІЛЬ У НОВОНАРОДЖЕНИХ – ЕТИЧНА, МЕДИЧНА, ВИХОВНА ПРОБЛЕМА

*Котлова Юлія Валентинівна, к.мед.н., доцент кафедри дитячих хвороб,
Курочкіна Тетяна Іванівна, асистент кафедри дитячих хвороб,
Запорізький державний медичний університет*

Анотація. У новонароджених проблема контролю болю стає надзвичайно актуальною не лише медичною, а, насамперед, етичною проблемою відношення суспільства до нового життя, піклування про найвразливіших та незахищених. Хворі або передчасно народженні новонароджені зазнають значної кількості щоденних рутинних інвазивних медичних втручань, без знеболення яких формуються довгострокові наслідки пошкодження центральної нервової системи, змінюються когнітивні показники, виникають тривожні, депресивні, психосоматичні розлади. Запобігання руйнівному впливу болю є принциповим під час надання допомоги новонародженим. Медична проблема болю у новонароджених не може вирішитися без залучення етичної складової

проблеми, тому що принциповим є відреагувати на біль не під час маніпуляції, а раніше, попереджуючи таку реакцію новонароджених, проявляючи милосердя, співчуття, увагу до особистості новонародженої дитини. Сучасні стратегії знеболення є доказовими, надійними та безпечними для новонароджених. Але головне - рутинне використання шкал оцінки болю для своєчасного запобігання розвитку болю. Навчання спостереженню та запобіганню больової реакції у новонароджених повинно розпочинатися при навчанні в інтернатурі для лікарів різних спеціальностей. Коли реакція на крик новонародженого стає стимулом для запобігання болю дитини, суспільство, в якому народилося немовля, має морально-етичну спрямованість розвитку.

Ключові слова. Новонароджена дитина, передчасно народжена дитина, біль, етика, навчання лікарів-інтернів.

Abstract. The problem of pain control in neonatal period becomes extremely important not only as a medical problem, but also as an ethical problem of society's attitude to new life, care for the most vulnerable part of society. Sick or premature infants receive a lot of invasive medical daily routine interventions, which form long-term consequences, without anesthesia: damage the central nervous system, change cognitive performance, provide anxiety, depression, psychosomatic disorders. Preventing the devastating effects of pain is essential in newborns helping. The medical problem of pain in newborns can not be solved without the involvement of the ethical problem component, because it is essential to respond to pain not during manipulation, but earlier, preventing such a reaction of newborns, showing mercy, compassion, attention to the newborn. Modern anesthesia strategies are proven reliable and safe for newborns. But the main routine use of pain assessment scales is to prevent the pain development in a timely manner. Training in the observation and prevention of pain in newborns should begin with internships for physicians of various specialties. When the reaction to the newborn's cry becomes an incentive to prevent the child's pain, the society in which the baby was born has a moral and ethical orientations of development.

Keywords. Newborn baby, premature baby, pain, ethics, training of interns.

Вступ. Міжнародна асоціація з вивчення болю (International Association for the Study of Pain, IASP) позиціонує біль – «як неприємний сенсорний та емоційний стан, обумовлений пошкоджуючим впливом на тканини» [1]. У новонароджених проблема контролю болю стає надзвичайно актуальною не лише медичною, а, насамперед, етичною проблемою відношення суспільства до нового життя, піклування про найслабкіших, найуразливіших та незахищених, ознакою цивілізованості країни.

Основна частина. На жаль, при передчасному народженні дитини чи при народженні хворих дітей, які навіть не мають хірургічної патології, новонароджені потребують значної кількості інвазивних медичних втручань – очищення дихальних шляхів за допомогою зондів, введення за потребою ендотрахеально сурфактанту для підтримання ефективного дихання, інтубації трахеї чи проведення неінвазивної вентиляції легень, спінальної пункції, налагодження внутрішньовенних систем для парентерального харчування та цілої низки щоденних малоінвазивних процедур – від постановки зондів з

використанням клейкої стрічки до щоденних п'яткових проколів для динамічного оцінювання гемограм у дітей. За спостереженнями Birnie K. A. (1914), новонароджені, які госпіталізовані у відділення інтенсивної терапії, зазнають в середньому від 7 до 17 хворобливих процедур на день [2].

Нажаль, ще 15 років тому французькі дослідники констатували, що лише п'ята частина маніпуляцій у новонароджених відбувалися при використанні немедикаментозного знеболювання та третина дітей мали тривале медикаментозне знеболення. Отже, лише половина дітей отримували знеболення.

Дитина реагує на такі втручання не лише плачем, а зміною частоти серцевих скорочень, прискоренням чи затриманням дихання, зміною сатурації, зміною артеріального тиску та інш.

В наш час доведено, що реакція на біль може бути гострою, а може стати реакцією на хронічний процес, який супроводжується болем. Біль не лише змінює поведінкові прояви у вигляді занепокоєння та плачу дитини. Біль має довгострокові наслідки – пошкоджує розвиток центральної нервової системи новонароджених, змінюючи в подальшому порогові сприйняття болю, формуючи стани, які супроводжуються хронічним болем, впливає на когнітивні показники та виникнення тривожних та депресивних розладів, сприяє розвитку психосоматичних порушень. З точки зору медичних працівників – лікарів, медичних сестер – запобігання руйнівному впливу болю є принциповим та мегаважливим під час надання допомоги. І це є сучасні знання, які надає наука, сучасні знання, які повинні отримувати лікарі-інтерни під час навчання.

Але медична проблема болю у новонароджених не може вирішитися без залучення етичної складової проблеми, тому що принциповим є відреагувати на біль не під час маніпуляції, а раніше, попереджуючи таку реакцію новонароджених. Помітити факт болю потребує милосердя, співчуття, підвищеної уваги до дитини від медичного оточення та супроводження. При навчанні лікарів-інтернів необхідно сконцентрувати їх увагу на неспецифічні, але дуже виразні та зрозумілі, при бажанні бачити, прояви больового синдрому у новонародженого.

Особливості діагностики больового синдрому у новонароджених є складним процесом, обумовленим відсутністю вербального контакту з новонародженою дитиною. Відсутність у новонародженого можливості до суб'єктивної оцінки болю не заперечує наявності того, що дитина відчуває біль та потребує відповідного знеболювального лікування. Президент американського товариства болю James Campbell пропонує біль вважати п'ятою життєвою ознакою людини, яку потрібно обов'язково вимірювати та лікувати [3, с.1728].

Науковцями запропоновані багато шкал для діагностики больової реакції у новонароджених в залежності від гестаційного віку з урахуванням міміки дитини, рухової активності кінцівок, голосової реакції з залученням динаміки показників функціонування серцево-судинної, дихальної систем, шкал болю в залежності від наявності протекції функції зовнішнього дихання апаратом інвазивної чи неінвазивної дихальної підтримки. Навчання їх рутинному використанню повинно розпочинатися в інтернатурі для лікарів різних спеціальностей, тим хто буде доторкатися до новонародженого – насамперед

неонатологів та акушерів-гінекологів, сімейних лікарів загальної практики та педіатрів. Вивчення шкал для ідентифікації болю потребує спостережливості та зосередженості, не тільки для фіксації факту, а й ступеню індивідуальної інтенсивності болі.

Існують більш технологічні, але менш доступні можливості реєстрації болі у новонароджених, засновані на одночасній реєстрації змін мозкового кровообігу, електроенцефалографії, кардіоінтервалографії, шкіряної провідності з розрахунком біспектральних індексів. Використання їх у повсякденній практиці обмежено, але саме біль є повсякденним частим супроводом лікування в неонатологічних відділеннях. Тому увага до щоденного використання оціночних шкал залишається актуальною для індивідуального підходу до кожної дитини.

Наступним кроком надання допомоги стане безпосередньо знеболення. Значне розмаїття засобів існує в медицині. Але в неонатології використовують стратегії засновані на безпечній доказовій медицині, що є вкрай важливими для новонароджених. Найчастіше для цього використовуються немедикаментозні стратегії поєднання мультисенсорного насичення, грудного вигодовування, позиціонування дитини у ліжечку, а також фармакотерапевтичні напрямки знеболення від звичайної сахарози до місцевих анестетиків та системних опіоїдів, об'єднаних мультимодальною стратегією знеболення для більш ефективного контролю болю у дітей з меншою кількістю побічних ефектів.

В наш час на двох континентах запропонована організація надання допомоги без болю дітям в лікарнях – «чотири кроки без болю». Виконання обов'язкових чотирьох опцій, заснованих на доказах, контролює біль у дітей – місцеве знеболювання – місцевими анестетиками, ентеральне використання сахарози та / або грудного вигодовування за декілька хвилин до маніпуляції та під час неї, лагідне непримусове утримання дитини та її відволікання [4, 5]. Саме такі кроки доцільно відпрацьовувати з лікарями інтернами для того, щоб контроль над болем у дитини став рутинною практикою.

Висновки.

1. Залучення знеболення може відбутися лише при наявності емоційного співпереживання, уважного ставлення до новонародженої дитини як до особистості. Новонароджений сповіщає про свою реакцію на подразники плачем, адже з крику починається не лише життя. Коли реакція на крик новонародженого стає стимулом для запобігання болю дитини, суспільство, в якому народилося немовля, має морально-етичну спрямованість розвитку.

Починаючи з 2021 року, в українських перинатальних центрах, пологових будинках, відділеннях патології новонароджених міських та обласних лікарень за вимогами Національної Служби здоров'я України контроль болю є обов'язковою складовою надання допомоги новонародженим.

2. Навчання лікарів-інтернів контролю над болем у новонароджених є пріоритетною складовою оволодіння практичними навичками.

Список використаних джерел

1. IASP (2020) IASP Announces Revised Definition of Pain. IASP, July 16. <http://www.iasp-pain.org/publications/iasp-news/iasp-announces-revised-definition-of-pain/>
2. Birnie K. A. Hospitalized children continue to report inadequate treatment and preventable pain / Birnie K. A. Chambers CT, Fernandez CV, Forgeron PA, Latimer MA, McGrath PJ, Cummings EA, Finley GA. / Pain Res Manag. – 2014. - №19(4). – P.198-204.
3. Morone N. E. Pain as the 5th vital sign: exposing the vital need for pain education / N. E. Morone, D. K. Weiner // Clin Ther. – 2013. – № 35 (11). – P. 1728–1732, DOI: 10.1016/ t.clinthera. 2013.10.001.
4. Friedrichsdorf S.J. A hospital-wide initiative to eliminate or reduce needle pain in children using lean methodology / Friedrichsdorf SJ, Eull D, Weidner C, Postier A. A. // Pain Rep 2018. – № 3(Suppl 1). – P. 671.
5. Postier AC. Pain Experience in a US Children's Hospital: A Point Prevalence Survey Undertaken After the Implementation of a System-Wide Protocol to Eliminate or Decrease Pain Caused by Needles / Postier AC, Eull D, Schulz C, Fitzgerald M, Symalla B, Watson D, Goertzen L, Friedrichsdorf SJ. // Hospital pediatrics. – 2018. – № 8(9) – P. 515-523.

ДВОЇСТЕ МОДЕЛЮВАННЯ: ТЕМПОРАЛІЗАЦІЯ ДОБРА І ЗЛА ТА ЕТИЗАЦІЯ АНТРОПНОГО ЧАСУ

*Ханжи Володимир Борисович, доктор філософських наук, професор,
завідувач кафедри філософії та біоетики,
Одеський національний медичний університет*

Осмислення проблеми добра і зла є тенденцією нев'янучою, та навряд чи хоч у когось може виникнути сумнів щодо актуальності відповідного кола питань. Інша річ, що, мабуть, завжди буде існувати потреба пошуку нових інтерпретацій даної проблематики, нестандартних підходів у її дослідженні. В останні роки мною здійснюється моделювання зв'язку показаних етичних протилежностей (як у модусі «протидії», так і в модусі «співдії») у нестандартному ключі – у режимі темпоралізації свободи волі, що реалізується в руслах добра і зла. Іншими словами, добро і зло позиціонуються як вектори свободи волі у структурі особливої форми темпоральності, що конституюється людською діяльністю, – антропоного часу [2, с. 5].

Уважний погляд на історію етичних вчень дозволяє виявити в них важливий аспект, що є недостатньо розглянутим у сучасній дослідницькій літературі. Вважаю, він має закласти «концептуальний каркас» (К. Поппер) подальшої пошукової роботи. Йдеться про введення мислителями в концепції, що розробляються ними, категорії часу, тобто ознаменування цих концепцій темпоралізованістю в принципі. У ряді публікацій (наприклад, [2, с. 34–36, 55–57, 87–90, 112–114]) мною було відстежено явні чи латентні спроби філософів надати предмету своїх роздумів – співвідношенню добра і зла, а також моральним цінностям, що витікають з цього, – атрибут часовості. З урахуванням саме цього моменту в новій інтерпретації *концепції антропоного*

часу та історичного процесу, за аналогією з двоїтим системним моделюванням [3] (методологічним підходом, що є інтерпретацією принципів двоїстості та додатковості в рамках загальної параметричної теорії систем А. І. Уймова – див., наприклад, [4, с. 64]), здійснюється двоїсте моделювання, сенс якого в тому, що *антропо-часовий контекст етичних антагоністів – доброго та злого векторів свободи волі*, комплементаризується до *етичної бінаризації антропного часу*. Інакше висловлюючись, логічним і методологічно виправданим, на мою думку, є підхід, у якому темпоралізація добра і зла здійснюється додатково (комплементарно) до етизації часу (у даному випадку – антропного часу).

Система антропного часу, що реконструюється в рамках згаданої концепції, образно-схематично може бути візуалізованою моделлю матрешки: структурні компоненти цієї темпоральної системи, пов'язані з тим чи іншим суб'єктом активності (на рівнях від індивідуально-особистісного до масштабно-соціального), залучаються до глобальної системи загальнолюдського рівня, впорядковуючись як у горизонтальному, так і у вертикальному відношенні («часова матрешка»). Саме змістовий момент людської форми темпоральності, що визначається характером розгортання свободи волі як іманентного рушійного джерела антропного часу (вектори «свободи на благо» та «свободи на зло»), дає можливість говорити про етичну бінаризацію антропного часу [2, с. 126–127]. У процесі дослідження було сформульовано проблему невідповідності (етичної суперечливості) часових інтенцій, по-перше, однопорядкових індивідуально-особистісних темпоральних одиниць однієї щодо іншої (горизонтальна вісь), по-друге – «часових матрешок», що формуються у діяльності конкретних осіб, та соціальної групи, до якої причетні перші (вертикальна вісь).

Безумовно, було взято до уваги й те, що антропний час не є замкнутою системою. Навпаки, його перебіг як системи відкритої здійснюється у постійній «взаємоСПВдії» (М. С. Дмитрієва) із зовнішніми детермінантами становлення людської темпоральності, якими було висунуто об'єктивно існуючі цільові начала – атрактор блага й атрактор зла. Виходячи з цього, раціональним бачиться розрізнення двох видів фаз плину антропного часу і, відповідно, руху історичного процесу: фаз упорядкування (що зумовлені дією атракторів) та хаотизації (коли розвиток системи визначається внутрішнім рушієм – свобідною волею). Історія, таким чином, постає результатом взаємодії її зовнішніх цільових начал (атракторів блага і зла) із внутрішньою підставою антропного часу – бінарною свободою волі (свобода «на благо» та свобода «на зло») [2, с. 138].

У моїх найближчих планах – розгляд такої характеристики антропного часу (обумовленої та підготовленої його багаторівневістю та складністю структурних відносин), як неоднозначність фаз минулого, сьогодення та майбутнього, у тому числі неоднозначність етичного плану. Важливим у показаному пошуку буде звернення до «матрешкового» принципу структурування часу, що присутній (з низкою суттєвих застережень та коментарів) у вченні Е. Гуссерля [1]. Вважаю, що осмислення згаданої

неоднозначності (яка виявляється щонайменше у трьох сенсах: 1) у рамках однієї «часової матрьошки»; 2) в інтеракціях темпоральних одиниць одного рівня; 3) у комплексі «внутрішнє-зовнішнє») відкриває перспективи дослідження широкого кола антропологічних та етико-аксіологічних проблем темпорально-історичної дійсності.

Список використаних джерел

1. Гуссерль Э. Феноменология внутреннего сознания времени / пер. В. И. Молчанова // Собрание сочинений. — Т.1 / Составл., вступ. статья, общ. ред. В. И. Молчанова. — М.: Гнозис, 1994. — 192 с.

2. Запорожан В. Н. Между добром и злом: нравственное самоопределение человека: монография / В. Н. Запорожан, И. А. Донникова, В. Б. Ханжи. — Одесса: ОНМедУ, 2020. — 264 с.

3. Ляшенко Д. Н. К вопросу о двойственном системном моделировании // Res systemica: збірка робіт, присвячена 90-річчю проф. А. І. Уймова [монограф.]. — 2-ге вид. — Одеса: Видавник С. Л. Назарчук, 2020. — С. 89–96.

4. Уёмов А. И. Системные аспекты философского знания. — Одесса: Студия Негоциант, 2000. — 160 с.

5. Ханжи В. Б. Добро и зло как векторы свободы воли в структуре антропного времени / В. Б. Ханжи, Д. Н. Ляшенко // Anthropological Measurements of Philosophical Research. — 2017. — Вып. 12. — С. 27–39.

ВПЛИВ SARS-COV-2 НА ПСИХІЧНЕ ЗДОРОВ'Я ТА НЕВРОЛОГІЧНИЙ СТАН НАСЕЛЕННЯ

*Герасімчук Тетяна Сергіївна, к.м.н., асистент кафедри дитячих хвороб,
Стрижко Мелена Володимірівна, лікар-інтерн, спеціальність «Педіатрія»,
Запорізький державний медичний університет,
Сліпко Вікторія Олексіївна, завідувачка ІБВ раннього віку
НКП «Дитяча лікарня №5» ЗМП*

Третій рік поспіль на всі континенти насуваються хвилі епідемії SARS-CoV-2, кожна з яких може мати все більш трагічні наслідки для людства. Чим є SARS-CoV-2 з філософської точки зору, які перспективи та наслідки пандемії?

На сьогоднішній день коронавірус є масштабною проблемою, що сколихнула великий прошарок суспільства та нікого не залишила осторонь. За влучним висловом Chen T., здвинулась картина світу, хвороба відсторонила оточуюче, заразивши тривогою тривіальне, загострила всі почуття, викликала страх тактильності перевела життя на дистанційне управління [8, с. 1091].

Людство в своїй більшості протягом епох та віків співіснувало з бактеріями та вірусами, найпростішими, які викликали хвороби так чи інакше забирали життя. Але завжди було більш тяжко, коли негативні соціальні, економічні та біологічні фактори збігались, що обумовлювало широке поширення інфекції до рівня пандемії [1, с. 320].

Відразу згадується чума, як біч Середньовіччя; яка у нашому сприйнятті є абстракцією, що відтворює дух середніх віків. Дальке Р. зазначає позитивний вплив пандемії на суспільство: «чума спонукала до тектонічних змін в

економічних відносинах, які в кінцевому підсумку позбулися кріпосного права і феодалізму та заклали основи Відродження» [1, с. 320. 2, с. 215, 3].

З Відродженням прийшов сифіліс, як покарання за радості земного життя. В самій культурі було чітко зрозуміло, що сифіліс – це не «теологічна», а «гуманістична» хвороба, покарання ренесансному виду. Не можна не згадати туберкульоз – хворобу ХІХ століття, хворобу інтелігенції, хворобу легень – апарату, що постачає в організм повітря як субстанцію духа. Дуже детально про це у своїй книзі, під назвою «Чарівна гора», описав Томас Манн. Тобто пандемія – це лише каталізатор тих змін, які вже зріють у суспільстві [4-5, с. 401].

Всі пандемії пов'язані з сильним стресом, у стані якого постійно знаходяться люди, і який суттєво впливає на психологічний стан дорослих ті дітей, призводить до розвитку нервових захворювань, психіатричної патології. І вже у 19 сторіччі почалися систематичні дослідження, метою яких було вивчення патогенезу виникнення психічних, нервових уражень на тлі вірусних епідемій. Генрі Холанд у 1839 р. припустив, що грип може бути причиною «поведінкових змін, які можна порівняти з тими, що є вторинними щодо інших лихоманок». Через близько сто років Карл Менігер підтвердив зв'язок епідемій вірусних інфекцій зі збільшенням кількості психічних порушень [3, 9-10, с. 699–702].

З часом серед дослідників зростала зацікавленість щодо ролі вірусів як чинника психічних розладів органічного характеру на тлі гострого вірусного енцефаліта, «повільних» вірусних інфекцій центральної нервової системи (ЦНС), а також до так званих «функціональні психіатричні захворювання» при вірусних інфекціях [5, с. 401. 6, с. 108-1028. 7, с. 264-268]. Сьогодні є достатньо клінічних даних про те, що поєднання нейротропних вірусних інфекцій та стресу стимулюють розвиток психічних патологій, і цей факт потрібно враховувати при терапевтичних заходах під час пандемій [11, с. 116–123].

Вірус COVID-19 викликав масове ураження населення, пандемія такого масштабу є першою у житті сучасників. Людей лякає невизначеність: невідомо, скільки часу вона буде існувати, в які форми проходитиме мутація вірусу, чи винайде людство технології глобального захисту. Але найбільш важливими питаннями для визначення стратегій в медицині залишається те, яким чином даний вірус взаємодіє з макроорганізмом, патофізіологічні аспекти розвитку гострого початку захворювання та наслідки перенесеної хвороби [7, с. 264-268. 8, с. 1091].

Загалом, за даними досліджень С.Н. Sudre et al., (2020), близько п'ятої частини людей, які перехворіли на коронавірусну інфекцію, після захворювання мають прояви постковідного синдрому (post-COVID-19 syndrome) – це симптоми, які утримуються до 3 –х місяців, а в 2,3% випадків – навіть довше, та не мають альтернативного діагнозу. Post-COVID-19 syndrome – це самостійна проблема, яка асоціюється з безпосередньою прямою дією вірусу SARS-CoV-2, та long COVID-19 – стан, який супроводжує персистенцію вірусу в організмі. Статистика на прояви постковідного синдрому є зростаючою [13, с. 359–360]. На сьогодні, ми стикаємося з тим, що COVID-19 являє собою важку

полісистемне захворювання з ураженням не тільки респіраторної та серцево-судинної систем, а ще й центральної нервової системи (ЦНС). Безперечно, що цей вірус демонструє нейротропізм, ускладнюючи стан через ураження центру дихання, що збільшує гіпоксично-ішемічні зміни органів та тканин. В свою чергу системне запалення, що виникає під час цитокінового шторму, збільшення прозапальних субстанцій у тканинах ЦНС, нейрогліальна реактивність змінюють нейро-хімічний стан та руйнують систему нейрональних мереж. Ці органічні зміни ЦНС спільно із стресом, спричиненим переживаннями пандемії та соціальними обмеженнями, дають початок розвитку нервово-психічних патологій та органічних змін в центральній та периферичній нервовій системі [10, с. 39–46. 11, с. 116–123. 13, с. 359–360].

Виділяють декілька шляхів потрапляння коронавірусу до ЦНС, що підтверджує його нейротропізм. Перший з них - це потрапляння SARS-CoV-2 у ЦНС крізь нюхові рецептори у верхній носовій раковині та через аксони нюхового нерву до нюхової цибулини, колонізуючи ЦНС. За клінічними спостереженнями, аносмію спостерігають у більшості хворих на SARS-CoV-2. Крім того, вірус може потрапляти в мозок через інші нерви, наприклад, через трійчастий нерв, який проектує ноцицептивні шляхи в носовій порожнині та сенсорні волокна блукаючого нерва, які іннервують дихальні шляхи, та можуть обумовити інші шляхи інвазії вірусу [10, с. 39–46. 14]. Коронавірус може привести до руйнування структур головного мозку, такі як кора лобної долі, лімбічної системи, гіпоталамусу, мозочка, стовбура мозку тощо. Нейронні клітини, що експресують АПФ-2, розташовані у навколівентрикулярних структурах – паравентрикулярне ядро, одиночний тракт, ростральний вентролатеральний довгастий мозок. Ці області ЦНС доволі мало захищені гематоенцефалічним бар'єром (ГЕБ), проте, вони мають важливе значення у регуляції серцево-судинної та дихальної систем. Відсутність гематоенцефалічного бар'єра робить ці ділянки ЦНС уразливими при системному запаленні внаслідок дії нейротоксичних молекул та безпосереднього ураження коронавірусом. В результаті COVID-19 – інфекції виникає пошкодження ГЕБ, через масове збільшення прозапальних цитокінів. Потрапивши в мозок, запальні клітини викликають нейрозапалення, що призводить до порушення гомеостазу, зміни нейронних зв'язків та індукує загибель нейронів. Гіпоксія, яка виникає внаслідок зниженої вентиляційної здатності легень, викликає гіпоксично-ішемічні зміни в ЦНС та є наслідком пригнічення і механічної руйнації клітин дихального центру стовбура мозку [11, с. 116–123. 12. 13, с. 359–360]. Ймовірно, ще один шлях потрапляння вірусу у мозок – уражені ендотеліальних клітин, які вистилають судинну систему мозку.

Клінічні критерії наявності постковідного синдрому різноманітні і мають неспецифічний характер. Він може виражатись наступними ознаками:

- слабкістю, апное, задишкою;
- цефалгією, міалгією, атралгією;
- порушенням сну;
- агевзією, аносмією;
- нестабільністю тиску і пульсу;

- когнітивними порушеннями, що проявляються депресією, станом тривоги, втратою пам'яті.

Можуть інколи спостерігатись неврологічні порушення, які нагадують синдром Гієна – Барре. Частіше бувають такі неврологічні прояви як головний біль, втрата нюху, смаку, вогнищеві розлади, запаморочення, когнітивні порушення та емоційні розлади [12. 13, с. 359–360. 14].

Діагностика постковідного синдрому як і будь-якої хвороби базується на анамнестичних даних. По-перше, це наявність симптомів гострої інфекції COVID-19 довше трьох тижнів. Такі пацієнти потребують детального обстеження серцевої, дихальної, нервової систем, визначення маркерів системного запалення, виключення розвитку автозапальних, аутоімунних процесів. Щодо терапії неврологічного постковідного синдрому, то сьогодні немає чітко розроблених протоколів лікування. Технології медичної допомоги розробляються на базі досвіду лікарів різних спеціальностей [9. 10, с. 39–46. 11, с. 116–123].

Таким чином, пандемія COVID-19, як і будь-яка пандемія, може призводити не тільки до масового ураження населення, а до економічної, соціальної кризи. Патологія нервової системи, психологічні проблеми, психіатричні розлади, які виникли у багатьох людей на тлі пандемії COVID-19, представляють серйозну клінічну проблему, при якій необхідні додаткові дослідження на великих групах пацієнтів для остаточного розуміння механізмів їх розвитку та розробки схем лікування, подальшої реабілітації.

Список використаних джерел:

1. Дальке Р. Значение и предназначение болезней / Р. Дальке, Т. Детлефсен // Болезнь как путь / Р. Дальке, Т. Детлефсен. – Санкт-Петербург: ИД «ВЕСЬ», 2004. – С. 320.
2. Земмельвейс И. Ф. История медицины [Електронний ресурс] / Игнац Филипп Земмельвейс – Режим доступу до ресурсу: http://www.historymed.ru/encyclopedia/doctors/index.php?ELEMENT_ID=4948.
3. Кирьянова А. Доктор жизнь. Психологические эссе о жизни [Електронний ресурс] / А. Кирьянова – Режим доступу до ресурсу: https://bookz.ru/authors/anna-kir_anova/doktor-j_841.html.
4. Пезешкиан Н. Психосоматика и позитивная психотерапия / Н. Пезешкиан – Москва: Медицина, 1996. – С. 215.
5. Тімченко О. В. Кризова психологія / О. В. Тімченко // Навч. посіб. / О. В. Тімченко. – Харків: НУЦЗУ, 2010. – С. 401.
6. Asadi-Pooya A. A. Central nervous system manifestations of COVID-19: A systematic review. / A. A. Asadi-Pooya, L. Simani. // J. Neurol. Sci.. – 2020. – №413. – С. 116–123.
7. Brown E. The potential impact of COVID-19 on psychosis: a rapid review of contemporary epidemic and pandemic research [Електронний ресурс] / Brown // Schizophr. – 2020. – Режим доступу до ресурсу: <https://doi.org/10.1016/j.schres.2020.05.005>.
8. Chen T. Clinical characteristics of 113 deceased patients with coronavirus disease 2019 / Chen et al // retrospective study / BMJ 368, 2020. – С. 1091.

9. Hui D. S. The continuing 2019-nCoV epidemic threat of novel coronaviruses to global health - The latest 2019 novel coronavirus outbreak in Wuhan / D. S. Hui, E. A. and // Infection disorder / D. S. Hui, E. A. et al. – China, 2020. – (91). – С. 264–266.

10. Morens D. M. The 1918 influenza pandemic: insights for the 21st century / D. M. Morens, A. S. Fauci. // J. Infect. Dis. – 2007. – №195. – С. 1018–1028.

11. Paniz-Mondolfi A. Central nervous system involvement by severe acute respiratory syndrome coronavirus –2 (SARS-CoV-2) / Paniz-Mondolfi. // J. Med. Virol. – 2020. – С. 699–702..Yang J. J. Immune biomarkers alterations in post-traumatic stress disorder: a systematic review and meta-analysis / J. J. Yang, W. Jiang. // J. Affect Disord. – 2020. – №268. – С. 39–46.

12. Psychiatric complications in patients with severe acute respiratory syndrome (SARS) during the acute treatment phase: a series of 10 cases / [S. K. Cheng, J. S. Tsang, C. W. Wong et al.]. // Br. J. Psychiatry. – 2004. – №184. – С. 359–360.

13. Severance E. G. Deciphering microbiome and neuroactive immune gene interactions in schizophrenia [Електронний ресурс] / E. G. Severance, R. H. Yolken // Neurobiol. Dis. 135.. – 2020. – Режим доступу до ресурсу: <https://doi.org/10.1016/j.nbd.2018.11.016>.

14. Wu Y. Nervous system involvement after infection with COVID-19 and other coronaviruses [Електронний ресурс] / Wu et al – Режим доступу до ресурсу: <https://doi.org/10.1016/j.bbi.2020.03.031>. (2020).

ПРО ДЖЕРЕЛА СУЧАСНИХ КОНСЦІЄНТАЛЬНИХ НАПАДІВ ТА ПІДВИЩЕННЯ СТІЙКОСТІ МОЛОДІ

Корсак Юрій Костянтинович,

*кандидат філософських наук, Інститут вищої освіти
Національної академії педагогічних наук України, м. Київ*

Критичний аналіз усіх років відновленої незалежності України свідчить про те, що факт її несподіваної появи беззастережно радісно був зустрінутий тільки національною діаспорою, а не населенням хоча б одної держави світу. Замість підтримки ми сповна відчули вплив глобальної консцієнтальної війни й різноманітних когнітивних нападів, які з безлічі причин проводять різні політичні, економічні, військові об'єднання. Отримані співгромадянами у системі освіти знання стосувалися історичних прикладів війн давнього і недавнього минулого, тому обізнаність про характер та особливості цієї війни XXI століття є підстави вважати надто низькою. Саме це й зробило нас порівняно легкою здобиччю для іноземних нападників. Надто мало матеріалів і досліджень, які б аналізували ситуацію, що склалася, і давали б змогу підвищити здатність протидіяти цій *багатовекторній інформаційній навалі*.

Одразу уточнимо значення останніх трьох слів. Вони стосуються різноманітного й багаторічного впливу східних сусідів з метою визнання єдності двох народів, і зупинення просування НАТО на схід. А також планомірного впливу «західних доброзичливців», які вже досягли бажаного в руйнуванні науки і промисловості України, концентруючись тепер на створенні

ментальних відхилень у мисленні українців (найбільш помітний приклад – вимоги у нашому ставленні до ЛБГТ) та у поступовій відмові від основ національного архетипу життєдіяльності через цілковите запозичення «західних» уявлень про суспільні цінності, засади мислення і алгоритми стратегічного планування.

Деталізація щойно висловленого вимагає чималої статті, а вузькі рамки тез примушують надати читачам лише новітню наукову інформацію, яка може бути корисною для пояснення слабкої опірності пересічних громадян до впливу неправдивої та емоційно забарвленої інформації в усіх сучасних засобах – друкованих виданнях, на радіо, телебаченні та в Інтернеті. На основі цих наукових даних хочемо сформулювати пропозиції щодо можливості підвищення рівня опірності в консцієнтальній війні.

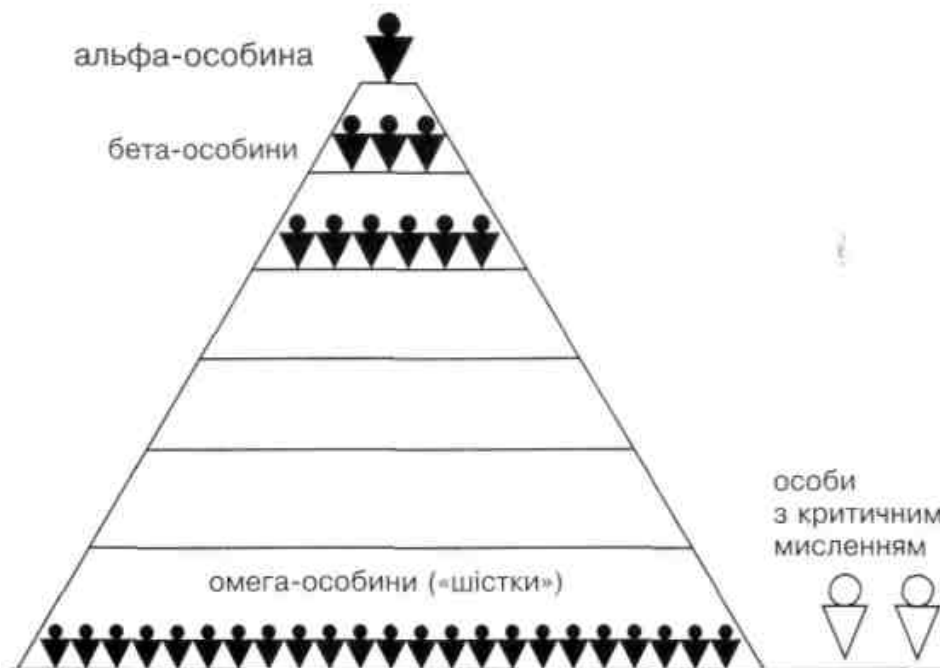
Погляд на еволюцію технологій надає докази того, що пошуки засобів управління думками і поведінкою інших людей стали результативними з часу появи спроможності до дистанційного звукового спілкування. Етнологи давно описали виділення у племенах невеликого кола фахівців із психологічного впливу – шаманів і різноманітних екстрасенсів. Виявилось, що всі вони зацікавлені в саморекламі й постійно поширюють чутки про свої здібності. Як це відбувається у даний момент дуже добре знають наші читачі, тому деталізувати не будемо.

Успішність подібної пропаганди спирається на природну віру людей у чудо. Наприклад, за вартими довіри даними наукових анкетувань у Росії кожна тисяча громадян утримує одного чаклуна чи екстрасенса, а їхні сумарні заробітки на межі сторіч перевищили державні витрати на науки і технології.

Для пошуку відповідей щодо рівня опірності до ментальних атак і деструктивної пропаганди звернемося до відкриттів і досягнень тієї частини психології та споріднених природничих наук, які досліджують тему впливів на людину. Саме їх досягнення найбільше цікавлять державні органи й приватні інституції, яким потрібні ефективні й достатньо приховані засоби збурення ментальної діяльності об'єкта і керування його поведінкою.

У новому тисячолітті Інтернет помітно подорослішав і, виконуючи запит на термін «Психотроніка», вказує багато тисяч матеріалів, серед яких є й наші попередні публікації різного обсягу. З власного доробку перше місце віддаємо найбільшій з них – монографії «Ідея ноопедагогіки – мрія чи основа глобального мега-проекту? (аналіз проблем виховання, навчання й порятунку людей XXI ст.)» [1]. Важливу частину змісту цієї книги складають новітні досягнення етології (в англійських країнах її зазвичай називають «еволюційна психологія» [2]). Цінність цієї специфічної сфери знань з кількома лауреатами премії Нобеля і визнаної в 2007 р. «Наукою №1» полягає в тому, що вона все точніше відповідає на критичне запитання щодо вчинків Хомо: коли він діє у переконанні свідомого обмірковування, вважаючи, що використовує головний мозок і нервову систему належним чином, а коли грубо помиляється у цьому своєму припущенні, бездумно виконуючи генетично-успадковані програми видової поведінки, що зміцнювалися понад 20 млн. років.

Теми наших тез стосується наведений у цій книзі мал. 1, який автори створили на основі багатьох етологічних публікацій.



Мал. 1. Схема природної диференціації особин чоловічої статі

За нашими підрахунками, тривалість усього процесу від початку виділення Хомо з тваринного світу до сучасності аж на 99,5 % складається з повного підпорядкування законам Природи (життя у вказаній на мал. 1 зграйній ієрархії, канібалізм, посилення агресивності, відсутність стимулів до розвитку стратегічного мислення і т.ін.). Тільки 0,5 % (15-16 тисяч років) припадають на соціальний розвиток через свідому відмову від канібалізму й перехід на гуманістичну парадигму. Та зробимо застереження: і зараз не бракує невеликих племен, які цілковито відмовляються від гуманізму. Хорошим прикладом є корінне населення Андаманських островів (<https://culture.wikireading.ru/64565>).

Легко помітити ознаки аж ніяк не гуманно-цивілізованої поведінки у вчинках лідерів малих і великих держав, які страждають на ментальні наслідки «підліткової кризи». Серед найвпливовіших програм поведінки сучасних людей є підліткова стадія, яка супроводжується переходом головного мозку і нервової системи з дитячого у дорослий стан з практично повною зміною не об'єму (він лишається незмінним), а мозкових програм (за винятком управління м'язами і мовленням). У підліткові «жорна» входить одна особа, а виходить – зовсім інша. На цей період припадають жорсткі гормональні зміни, що разом зі щойно вказаним робить мозок «частково дисфункціональним», спроможним на ініціацію вчинків, які не розуміють не тільки дорослі, а й сам підліток. Читачі легко знайдуть потрібне з цієї теми не у малодоступній книзі [1], а в Інтернеті, де наведений достатньо повний перелік дисфункцій і порад з їх врахування [3].

Увесь вказаний довжелезний час наші віддалені пращури змагалися за виживання у складі невеликих груп у справжніх «гніздах», зазнаючи не соціалізації, а так званої «еусоціалазації», що рухалась до формування «надорганізму», але устигла створити глибоку прірву між «нашими» та «іншими». У період «гнізд» все формувало ефективне співжиття в групах і постійну ворожнечу з сусідніми групами аж до винищення усіх їх чоловіків.

Для теми тез вважаємо важливими такі факти: 1) зміни, вдосконалення і закони діяльності головного мозку кожної особи орієнтовані на стійкість груп; 2) взаємодії всередині групи були спрямовані на зміцнення групи і тривалість її існування; 3) практична неминучість суперництва з сусідніми групами за природні ресурси всіх видів формувала агресивність і стимулювала канібалізм; 4) особи чоловічої статі ще в підлітковому віці спонтанно формують пірамідальну структуру (мал. 1) з лідерством альфа-самця, яка пізніше стане армією групи; 5) кінцевими переможцями стали ті групи, у складі яких було 4-6 % осіб з критичним мисленням, які винаходили нову зброю і радили «вождям».

Етологи довели, що багаторічна стійкість упорядкованої структури неможлива тоді, коли всі її члени є справжніми особистостями з самостійністю у мисленні і діях. Природний відбір ліквідував племена з надміром самостійних, неслухняних і незалежних членів. Саме тому головний мозок сучасних чоловіків і генетичні програми поведінки пристосовані до підпорядкування, до обожнювання осіб на альфа-позиціях. Історія людства дає безліч прикладів подібної екзальтації й захоплення лідерами, ця риса не зникла у людей і зараз, й цьому є дуже багато підтверджень на Сході, у нас і на Заході.

Для консцієнтальних нападників важливе те, що мозок людини фіксує і запам'ятовує гостру емоційно-негативну інформацію назавжди. Звідси випливають, як мінімум, два висновки: I) навіть спростована емоційно насичена неправда назавжди зберігається у пам'яті людей і цим мимоволі продовжує слугувати меті організаторів консцієнтальних атак. Хоч люди й дізнаються правду, але шок від брехні продовжує здійснювати той вплив, якого бажали агресори; II) у жодної людини немає засобів повного захисту від організованого підступним ворогом емоційного впливу вказаними та багатьма іншими засобами з арсеналу організаторів консцієнтальної війни.

Закінчуючи тези, хочемо підкреслити гостру необхідність змін акцентів у змісті шкільного навчання, адже для психічного і фізичного здоров'я, індивідуального щастя, успіху в усіх видах діяльності й опірності до деструктивної пропаганди важливіше не вивчення напам'ять історії останнього тисячоліття, а етології і нейромолекулярної біології. Тоді, як у Фінляндії, узагалі зникне «проблема булінгу», а підлітковий вік перестане назавжди травмувати психіку чималого відсотка осіб чоловічої статі.

Список використаних джерел

1. Корсак К.В., Корсак Ю.К. Ідея ноопедагогіки — мрія чи основа глобального мега-проекту? (аналіз проблем виховання, навчання й порятунку людей XXI ст.) / За заг. ред. проф. Д. І. Дзвінчука. — Ів.-Франк.: Тов. "Знання", 2013. — 100 с.

2. Rossano M.J. Evolutionary Psychology. The Science of Human Behavior and Evolution. — USA, John Wiley & Sons, Inc., 2003. — 488+XI p.

3. Корсак К.В. Особенности мозга подростков и персонажей Большой Истории // РЭЛГА. — 2014. — №10(283), 28 августа. (<http://www.relga.ru/Environ/WebObjects/tgu-www.woa/wa/Main?textid=3978&level1=main&level2=articles>)

ФІЛОСОФСЬКІ ПРОБЛЕМИ В УМОВАХ ЗМІНИ ПАРАДИГМИ НАВЧАННЯ

*Іванькова Наталя Анатоліївна, к. пед. н., доц. кафедри клінічної фармації,
фармакотерапії, фармакогнозії та фармацевтичної хімії
Запорізький державний медичний університет*

Сучасний світ стрімко розвивається завдяки новітнім технологіям. В недалекому майбутньому нас очікує широке впровадження нанотехнологій, штучного інтелекту [1] у науці, інформаційній безпеці, кібербезпеці, правосудді, економіці, правовому регулюванні та етиці, освіті, публічному управлінні та ін. Ознакою та необхідністю сьогодення вже стала цифрова грамотність, яка складається з блоків компетенцій, а саме: інформаційна грамотність та грамотність щодо роботи з даними; комунікація та взаємодія; цифровий контент; безпека; захист навколишнього середовища; вирішення технічних проблем; креативне користування для вирішення професійних та життєвих потреб. Наведені ознаки дають можливість чітко зрозуміти невідворотність та незворотність трансформаційних процесів у суспільстві. Постає питання виникнення принципово нових причинних зв'язків і можливостей, не закладених у попередніх станах, а виникаючих як тенденції нових станів. Змінюється парадигма і філософія навчання.

В даний час набуває розвитку нова парадигма ХХІ століття – інноваційна, зокрема її модель – концепція безперервної освіти [2]. Саме тому одним із завдань освіти, зокрема, медичної, є створення сучасного середовища навчання, яке створює умови для формування компетенцій сучасного фахівця, які є необхідними на сучасному етапі розвитку суспільства та створюють можливість для задоволення потреби людини у знаннях протягом життя. Процес навчання – складний багатоаспектний процес взаємодії викладача та студента, в ході якого формується фахівець та виховуються необхідні риси характеру майбутнього лікаря. Впровадження екстреного дистанційного навчання (ЕДН) у 2020 році стало поштовхом для набуття та вдосконалення відповідних цифрових компетенцій викладачів та студентів у Запорізькому державному медичному університеті. Критичний досвід, отриманий в результаті перебування в умовах впровадження ЕДН, дозволяє сформулювати низку питань, які потребують вирішення: як забезпечити в нових умовах реалізацію певних психологічних і психофізіологічних вимог, які є обов'язковими в процесі підготовки майбутнього лікаря [3], а саме: типологічні особливості (сила, врівноваженість, рухливість нервових процесів); сенсорні якості (гострота зорової, слухової, тактильної чутливості); швидкість розпізнавання сигналів; сприймання предметів у статиці і динаміці; увага (концентрація, розподіл, переключення, стійкість); пам'ять (особливості, обсяг); мислення (аналіз, синтез, абстракція); емоційно-вольова сфера (емоційна стійкість, здатність до ефективної діяльності в екстремальних умовах тощо); особистісні якості (організованість, здатність до співробітництва, комунікативні якості, відповідальність, іноваційність і т. ін.); підвищені вимоги до моральних якостей майбутніх лікарів.

Вирішення наведених завдань потребує спільної роботи викладачів медичного спрямування (наповнення навчального середовища), педагогів (розробка концепції навчального середовища, метою якого є подача знань, формування фахових компетенцій для реалізації зазначених вимог), програмістів (програмна реалізація концепції навчального середовища) та стане наступним кроком на шляху реалізації інноваційної парадигми сучасної освіти.

Список використаних джерел

1. Про схвалення Концепції розвитку штучного інтелекту в Україні від 2 грудня 2020 р. № 1556-рвід 2 грудня 2020 р. № 1556-р. Режим доступу: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/1556-2020-%D1%80#Text>

2. Чумак О. В. Парадигма освіти XXI століття: інноваційні аспекти [Електронний ресурс] – Режим доступу: http://virtkafedra.ucoz.ua/el_gurnal/pages/vyp7/konf1/Chumak.pdf.

АНТИВАКЦИНАТОРСТВО: МІЖДИСЦИПЛІНАРНИЙ ПІДХІД ДО ОЦІНКИ ЯВИЩА

*Дубініна Яна Павлівна, старший викладач кафедри соціальної роботи факультету психології та соціальної роботи, Одеський національний університет імені І. І. Мечникова,
Герасімчук Тетяна Сергіївна, к. мед. н., асистент кафедри дитячих хвороб, Шаменко Вадим Олександрович, к. мед. н., асистент кафедри дитячих хвороб, Запорізький державний медичний університет*

Пандемія COVID-19 є викликом для людства, який стосується всіх сторін життя та може існувати місяцями, роками до впровадження глобального засобу захисту, яким у теперішній час є вакцинація.

Словом 2021 року Оксфордський словник назвав слово “**вакс**”, вакцина. Аналогічним словом-2021 в українській мові має бути слово “**антивакс**”. По суті, саме їм визначаються суспільні настрої, медичні показники. *Антивакцинаторські* настрої стали проблемою на стику геополітики, внутрішньої політики, національної безпеки та навіть біоетики.

У соціальних мережах ведуться запеклі баталії, повні хейту та фантастичних вигадок антиваксерів. Антивакцинаторський рух чинить великий опір вакцинації від ковіду. Антивакцинаторські антинаукові вигадки створюються з використанням писемності, комп’ютера і швидкісного інтернету.

В Україні двома дозами вакцини від коронавірусу щеплено лише 13,5% людей. Однією дозою ще майже 17%. Це найгірший показник у Європі і один із найнижчих у світі – найгірший у найбідніших країнах Африки. Незважаючи на те, що кілька видів вакцини є в Україні у вільному доступі, зокрема схвалені в усіх країнах Pfizer та Moderna, українці просто не хочуть вакцинуватися. Антивакцинатори знаходять безглузді аргументи, їх ненавидять і висміюють, але насправді проблема глибша і системніша, і вирішити її швидко не вдасться.

"Антивакцинаторство" ми розглядаємо як *соціально-психологічне явище*, що проявляється у відмові від щеплень як демонстрації недовіри лікарському інституту. "Відмова від вакцинації" – це різномірна соціальна практика в житті

сучасного суспільства, найчастіше пов'язана з розвитком протесту проти ухвалених органами влади законів і появою альтернативного підконтрольним державним ЗМІ джерела інформації, такого як інтернет.

Відмова від вакцинації породжує гострий соціальний конфлікт у суспільстві: у соціальних мережах, ЗМІ, на різних територіальних майданчиках розгортаються дебати, громадяни діляться своїми історіями, запитують поради один у одного. По факту, незважаючи на численні соціальні труднощі, кількість осіб, що пропагують відмову від вакцинації, тільки росте. Об'єктивні соціально-політичні і економічні причини такої ситуації – недалекоглядність нових законів і реформ, зниження контролю за імунопрофілактикою, виробництвом фармацевтичних препаратів, зниження фінансування медичних послуг, зниження якості медичної освіти – провокують падіння якості медичної допомоги, а внаслідок цього, і невисокий рівень довіри громадян до медичного інституту в принципі.

Антиприщепникам благоволяє географія: вони можуть фокусуватися в окремих містах, а можуть набувати і глобального охоплення. При цьому зазвичай кожні два локальні «осередки» мають зв'язки як між собою, так і з якоюсь міжнародною мережею. Але цікавіші висновки дає не розкид, а динаміка. Групи супротивників щеплень найшвидко зростають. Через велику кількість спільноти та широку різноманітність поглядів антиприщепники мають більше взаємозв'язків та можливостей контактів з нейтральною аудиторією. Їхня мережа стає все більш централізованою, набуваючи рис справжнього руху.

З соціологічного погляду, **антиприщепники** – це рух, бо має аргументацію, майданчики, де збираються та спілкуються прихильники, мережеві ресурси та сегмент аудиторії, який їх читає. В Україні вони найчастіше не оформлені юридично, хоча в Європі та США навіть є НКО подібної антивакцинаторської спрямованості. Загальне уявлення про вакцинацію як про загрозу допомагає їм об'єднуватися – незважаючи на те, що доводи прихильників руху досить розрізнені і частіше ірраціональні.

Чому антивакцинаторський рух такий сильний? Чому люди не вірять у щеплення? По-перше, щонайменше 70% опитаних вірять в штучне походження коронавірусу. У теорію змови, пов'язаною з коронавірусом, вірить кожен п'ятий. А ось у Німеччині та Швейцарії цей показник суттєво менший: у такі теорії, пов'язані з коронавірусом, вірять близько 30% опитаних.

Другий важливий момент у створенні сприятливого ґрунту для теорій змов, зокрема для антивакцинаторів, – недовіра до держави та її інститутів. На традиційну для України недовіру до влади нашарувалась відсутність чітко сформованої стратегії комунікації з населенням: була низка випадкових комунікативних актів, де влада то загрожувала, то загравала з людьми, а серйозної розмови з суспільством не було. Крім того, і самі лікарі, які, за ідеєю, мають бути флагманами кампанії за вакцинацію, дотримуються суперечливих позицій.

Треба відзначити, що рівень довіри до всіх соціальних інститутів, не тільки влади, знижується у всьому світі. І пандемія викликала драматичне зниження цієї довіри. Тому це об'єктивні обставини, вони не є суто

українськими. Пандемія – це випробування соціальних угруповань на здатність до діалогу та здатність до довіри.

В основі переконань, антивакцинаторських настроїв лежить відчуття, що твої права порушуються, що держава таким чином зазіхає на те, що тобі належить особисто. Антивакс вірить, що вакцинацією держава вторгається в його особистий простір і не хоче давати державі таке право. Серед факторів, що стимулюють антивакцинаторський рух – помилки інтерпретації інформації споживачами, схильність переоцінювати малі ризики, супутні соціально-побутові фактори, психологічна амбівалентність, притаманна українській ментальності.

Найпопулярніший міф про вакцинацію – переконання в тому, що за допомогою щеплень населення «чіпують» для масового контролю. Цей міф є логічним продовженням теорії про штучне походження коронавірусу. Таким чином, у антивакцинатора все складається в логічний ланцюжок: спочатку спеціально створили вірус, щоб заразити все населення, а потім усіх змусили вакцинуватися.

І якщо смертність від коронавірусу не лякає антивакцинаторів, то будь-яка смерть після щеплення (але не від нього) відразу запам'ятовується і потім наводиться як аргумент проти вакцинації. Винні в цьому частково і медіа, які завжди широко висвітлюють такі випадки. При цьому журналістам зовсім не обов'язково стверджувати, що людина померла саме від вакцини: антивакцинатор зробить такий висновок за них.

Негативна інформація про вакцинацію – це не щось нове для Європи, вона наростала роками, проте саме завдяки соціальним мережам та мінімуму втручання з боку платформ соціальних медіа боротьби з фейковими новинами та дезінформацією, з'явилися нові ефективні інструменти за мінімум грошей, щоб дискредитувати західні вакцини та вакцинацію в цілому. Відзначається значна нестача ресурсів за двома напрямками. По-перше, платформи соціальних мереж, таких як Google, YouTube або Facebook кажуть, що видаляють мільйони постів з фейковою інформацією про коронавірус, проте ще мільйони постів залишаються. До того ж армії модераторів не надто вправні в аналізі інформації іншими мовами. Експерти додають, що інша велика проблема полягає в тому, що в багатьох країнах Європи поки що повною мірою не усвідомлюють проблему поширення дезінформації про вакцини, і не виділяють достатньо ресурсів для протидії фейкам.

Як протидіяти антивакцинаторам? Представники фармкомпаній намагаються проводити в основному просвітницькі заходи широкого профілю, не вступати в пряму, надто емоційну полеміку з антиприщепниками. Як показують експертні інтерв'ю представників фармкомпаній, вони ініціюють заходи з пропаганди вакцинопрофілактики, знімають тематичні фільми, працюють із лікарською спільнотою, але, на їхню думку, системне вирішення проблем вакцинопрофілактики та антищеплювального руху потребує *активного залучення державних органів влади*, оскільки основний обсяг закупівель вакцин припадає на державні медичні установи. Найефективнішими засобами такої пропаганди щеплення вони вважають «викриття антищеплених міфів та наукове підтвердження безпеки щеплень» (57,1%) та розповідь про

небезпечні наслідки відмови від щеплень (55,4%). Відповідно, потрібна *освітня робота серед лікарів* у масштабах країни.

Вважаємо, що протидія антивакцинаторам – це не так переконання і наукові аргументи (на кожний такий аргумент антивакцинатор знайде свій), як ***системна робота*** в декількох напрямках. Державі потрібно проводити масові інформаційні кампанії, які наочно показуватимуть, що дає вакцинація, і чому коронавірус є небезпечною хворобою. Але все одно якісні зміни можливі лише якщо зміниться рівень довіри громадян до держави. І це першочергове завдання, над яким вона має працювати. ***КОМУНІКУВАТИ З БУДЬ-ЯКОЮ ЛЮДИНОЮ ЩОДО ВАКЦИНАЦІЇ ПОТРІБНО З ПОЗИЦІЇ УВАГИ, ПОВАГИ ДО ЦЬОЇ ЛЮДИНИ.*** Потрібно вибудовувати комунікації з населенням так, щоб у громадян не виникала впевненість, що держава втручається в їх приватний простір. Потрібно комунікувати так, щоб людина відчувала, що держава хоче саме її захистити, саме її поважає – поважає її права.

Психологічна служба МОЗ сформувала рекомендації: як звичайній людині пройти пандемію без зайвих емоційних чи психологічних втрат. Але цього недостатньо. Вважаємо, що *потрібно зараз уважно й шанобливо ставитися до всіх застережень, які люди мають щодо вакцинації, та працювати з ними адресно.* Як представники дослідницької спільноти вважаємо, що наука в цьому може ефективно допомогти. Що ймовірність захворіти на небезпечні наслідки коронавірусної хвороби – набагато вища, ніж постраждати від наслідків вакцинації. Це абсолютно точно. Це статистично підтверджено. Ця статистика працює незалежно від приналежності до парафії, національності, географічної точки, навіть від вакцини, тому що вакцини всі більш-менш однаково безпечні.

2. ПІДГОТОВКА СПЕЦІАЛІСТА В СУЧАСНОМУ СУСПІЛЬСТВІ

ПРОФЕСІЙНЕ ФОРМУВАННЯ ОСОБИСТОСТІ ЛІКАРЯ У СВІТІ НОВИХ ОСВІТНІХ РЕАЛІЙ

*Боярська Людмила Миколаївна, професор, зав. кафедри дитячих хвороб,
Котлова Юлія Валентинівна, к.м.н., доцент кафедри дитячих хвороб,
Подліанова Олена Іванівна, к.м.н., доцент кафедри дитячих хвороб,
Потапенко Сергій Валерійович, к.м.н., асистент кафедри дитячих хвороб,
Левчук-Воронцова Тетяна Олегівна, к.м.н.,
асистент кафедри дитячих хвороб,
Дмитрякова Галина Миколаївна, к.м.н.,
асистент кафедри дитячих хвороб,
Гребенюк Лариса Василівна, асистент кафедри дитячих хвороб,
Запорізький державний медичний університет*

Медицина принципово відрізняється від відомих суспільних наук, так і від суспільно-наукових та гуманітарних дисциплін. Вона є унікальною єдністю пізнавальних і ціннісних форм розумового відображення та практичного перетворення людського життя. Останнє зближує медицину із філософією.

Специфіка медичної освіти в тому, що більшість формованих клінічних компетенцій майбутнього лікаря-інтерна нерозривно пов'язана з формами навчання, які вимагають особистої присутності – це, в першу чергу, комунікативні навички та практичні маніпуляції. Без наявності таких навичок неможливе професійне формування особистості лікаря та фахової допомоги пацієнтам.

Інтернатура є завершальним етапом в підготовці лікаря. Умови для отримання бажаного результату наступні: значна концентрація зусиль всіх учасників процесу: викладачів і здобувачів освіти та нові стратегії колективного інтелектуального потенціалу педагогічного колективу кафедри. Без таких складових неможливо надбати клінічних компетенцій майбутньому лікарю.

Структура занять з лікарями-інтернами на очному періоді має різні форми, що дає можливість формування належного рівня світогляду лікаря, його професійних компетенцій, моральних якостей та філософської культури у процесі навчання.

Форми структури занять з лікарями-інтернами на очному періоді наступні:

1. Заняття з викладачем: лекції, практичні заняття, семінари.
2. Самостійна робота під наглядом викладача: в поліклініці або в клініці біля ліжка хворої дитини (або в симуляційному центрі), в «Клініці дружній до молоді», відділеннях інструментальної діагностики, клінічних лабораторіях
3. Самостійна робота: вивчення літературних джерел; аналіз історій хвороб для клінічного розбору; підготовка доповідей на конференції; підготовка оглядів періодичної іноземної та вітчизняної літератури; підготовка відеороликів.

В сучасних реаліях в залежності від епідеміологічної ситуації заняття з лікарями-інтернами проводяться в режимах: офлайн, онлайн та змішаному режимі.

Дослідження (National Training Laboratories in Bethel, Maine), проведені в США в 1980-х роках, дозволили узагальнити дані щодо ефективності (середній відсоток засвоєння знань) різних методів навчання: лекція – 5%, читання – 10%, аудіо і відеоперегляд – 20%, демонстрація – 30%, групове обговорення – 50%, виконання практичних завдань – 75%, навчання інших, негайне застосування знань на практиці – 90%. Саме на такі дослідження слід опиратися викладачам в роботі з лікарями-інтернами. Викладач не є джерело інформації.

Викладач – лідер у формуванні особистості лікаря. Функції викладача:

- ✓ окреслити важливість проблеми
- ✓ розробити дизайн заняття,
- ✓ підібрати джерела інформації (відеозаписи, статті, архівні історії хвороби, тощо),
- ✓ комбінувати різні форми навчання: візуально-наочні методи, проблемно-орієнтовані.
- ✓ відповідати на запитання здобувачів освіти та проявляти гнучкість: Інтерни/слухачі циклів можуть задавати питання і в пізній час
- ✓ провести дискусію при розгляді неоднозначних питань
- ✓ скласти контрольні завдання та ретельно перевірити правильність відповідей
- ✓ визначити найбільш складні для засвоєння положення теми і на наступному занятті роз'яснити їх.

Педагогічний колектив кафедри дитячих хвороб у підготовці лікарів-інтернів використовує наступні стратегії, які дозволяють в реальному житті використовувати надбані знання та вміння, звичку постійно працювати над вдосконаленням особистості:

1. Клінічний аналіз складних для діагностики захворювань у дітей – пацієнтів клінічної бази.

Мета: навчити лікарів – інтернів спілкуванню з пацієнтом та його опікунами, комплексному підходу до оцінки стану пацієнта, логічному мисленню на основі об'єктивного стану та літературних довідок;

2. Впровадження в навчальний процес лікарів-інтернів монотематичних навчально-практичних конференцій;

Мета: Засвоєння тем навчальної програми, які є дуже важливими та/або складними для розуміння в межах відведених програмою годин.

3. Школа лектора, створена співробітниками кафедри для лікарів-інтернів.

Мета: Навчити володіти аудиторією, відстоювати точку зору в дискусії, підвищити самооцінку.

4. Організація оглядів актуальних публікацій медичних джерел періодичної літератури України та світу.

Мета: Значно розширити професійні знання, привчити до самостійного систематичного підвищення кваліфікації.

5. Залучення лікарів-інтернів до створення репортажів місцевих телеканалів.

Мета: Навчити соціальній активності, умінню комунікувати з телебаченням, журналістами.

6. Здійснення протиепідемічних заходів, профілактики насилля та наркоманії у закладах освіти м. Запоріжжя,

Мета: Навчити спілкуванню з дітьми та вчителями, щодо проведення протиепідемічних заходів в закладах освіти, навчити профілактиці насилля, наркоманії.

Поряд із накопиченням нових наукових відомостей відбувається якісна зміна морально-етичного медичного менталітету лікарів-інтернів. Таким чином, лікарі-інтерни опановують досвід організаторів, аналітиків, експертів, доповідачів та засвоюють професійні знання. Медицина є єдиним видом діяльності, де фахівець у сенсі слова тримає у руках здоров'я та хворобу, життя і смерть людини, органічно внутрішньо пов'язані з особистістю пацієнта. За будь-яких умов лікар зобов'язаний робити все від нього залежне, щоб повернути пацієнтові здоров'я, позбавити його мук болю. Таким чином, безсумнівно одне: лікар-інтерн зобов'язаний мати високий професіоналізм і розвинене почуття громадянської відповідальності.. Основним принципом гуманізму був і залишається принцип шанобливого ставлення до людини – найвищої цінності у світі живих істот. Такі принципи кафедра поклала в основу виховання майбутніх фахівців з медицини .

Акцентом практичної підготовки лікарів-інтернів відповідно до сучасних інтегративних процесів в міжнародній освіті повинно стати запровадження компетентного підходу, який базується на сучасних інноваційних технологіях. Саме такий підхід передбачає поєднання як теоретичної підготовки, так і засвоєння практичних навичок у потужному симуляційному центрі, створеного у ЗДМУ, де на численних фантомах інтерни можуть вивчати прояви різних патологій у дітей. Медична симуляція є ефективною стратегією для досконалого відпрацювання практичних навичок, а отже, означає вихід навчання на цілком новий рівень, що включає першочергові маніпуляції тільки з манекеном, а вже потім з пацієнтом. Впровадження нових інформаційних технологій практичного навчання сприяє вибору найбільш ефективних методів і засобів навчання практично-орієнтованих дисциплін. Для чого на кафедрі застосовуються елементи дистанційного навчання в системі Moodle,

З метою інтерактивного тестування надбаних знань кафедра використовує програму Kahoot. Кожен лікар-інтерн приєднується до загальної програми тестування на широкому екрані, використовуючи свій телефон як пульт для вибору вірної відповіді. Всі одночасно проходять тестування з визначенням переможців та відсоткового рейтингу кожного. По закінченню тестування висвітлюється повна рейтингова таблиця учасників, що підвищує інтерес та зацікавленість у вивченні тестових задач іспиту Крок 3.

В організації інтерактивних форм навчання кафедра дитячих хвороб комунікує з іншими кафедрами ЗДМУ:

- кафедрою медичної та фармацевтичної інформатики і новітніх технологій, що дає можливість засвоєння нових електронних програм для більш ефективного викладання предмету;
- кафедрою патологічної фізіології з курсом нормальної фізіології, з метою поглибленого вивчення імунології і патогенезу захворювань та усвідомлення інтернами доцільності патогенетичного лікування і діагностики імунодефіцитних станів у дітей;
- кафедрою мікробіології, вірусології та імунології, яка дає можливість різнобічного вивчення патогенів-збудників захворювань у дітей для розуміння антибіотикорезистентності на тлі етіотропної терапії і можливостей її попередження;
- кафедрою суспільних дисциплін. Життя потребує професійно підготовлених лікарів, які матимуть інтелектуально розвинутий світогляд, відповідний рівень творчого потенціалу, володітимуть здатністю самостійно приймати рішення в предметно-практичній і духовно-теоретичній сферах. Саме такі запити може задовольнити філософія та інші суспільні дисципліни. Вони надають можливості всебічного розвитку особистості, дають змогу розвинути клінічне мислення інтернів, допомагають розумінню сутності медицини, її місця та ролі в житті суспільства, наділяють здатністю цілісно усвідомлювати навколишній світ як сукупність взаємопов'язаних процесів. Лікарі, які шукають нові шляхи прогресу медичної науки та удосконалення своєї діяльності, завжди відчують потребу у філософських знаннях.

ЕНЕРГІЯ ХУДОЖНЬОГО СЛОВА В СИСТЕМІ ПІДГОТОВКИ ФАХІВЦІВ МЕДИКО-ФАРМАЦЕВТИЧНОГО СПРЯМУВАННЯ

*Турган Ольга Дмитрівна, д.філол.н., професор,
завідувач кафедри культурології та українознавства,
Запорізький державний медичний університет*

У епоху соціально-економічних змін, процесів глобалізації перед закладами вищої освіти, й зокрема медико-фармацевтичного спрямування, постає завдання підготовки висококваліфікованих фахівців, професіоналів, які здатні сприймати й засвоювати знання й генерувати прогресивні ідеї. Основними чинниками інноваційних технологій навчання є збільшення ролі активної пізнавальної діяльності й автономії, самоуправління, самокерованості студентів.

Розвиток медицини і фармації нерозривно пов'язаний з еволюцією гуманітарних знань, гуманізму, морально-етичних вимірів. Ганс-Георг Гадамер у статті «Істина в гуманітарних науках» зазначає, що «Плідність гуманітарного пізнання видається спорідненішим з інтуїцією митця, ніж з методичним духом дослідження... Науково-гуманітарне пізнання завжди має в собі щось від самопізнання. Ніде хибна думка не буває такою легкою й такою близькою, як у самопізнанні, але й ніде, де воно вдається, це не означає так багато для буття людини...» Саме в мистецтві, наголошує вчений, «...людина зустрічається з самою собою, дух зустрічається з духом» [1, с. 38-39; 41, 63].

Письменники переконані, що одним із універсальних вимірів людини є душа, яка утримує загадковий, ірраціональний світ, наповнений образами, уявою, фантазіями, емоціями, пристрастями. Таємниця духу митця та його епохи криється в душі, сумніви, муки, переживання якої постають у Слові.

У естетико-психологічному трактаті «Із секретів поетичної творчості» І. Франко, переповідаючи основні положення праці М. Дессуара «Das Doppel-Ich», акцентує увагу на тому, що «...найбільша частина того, що чоловік зазнав в житті, найбільша частина усіх тих сугестій, які називаємо вихованням і в яких чоловік вбирає в себе здобутки многотисячолітньої культурної праці всього людського роду, перейшовши через ясну верству верхньої свідомості, помалу темніє, щезає з поверхні, тоне в глибокій криниці нашої душі і лежить там погребана, як золото в підземних жилах. Та й там, хоч неприступне для нашої свідомості, все те добро не перестає жити, раз у раз сильно впливає на наші суди, на нашу діяльність і кермує нею не раз далеко сильніше від усіх контраргументів нашого розуму.» [3, с. 61].

У контексті викладання соціогуманітарних дисциплін у медичних університетах необхідно дотримуватися методологічної настанови, що ЗВО мають бути не лише вищою ланкою освітнього процесу, але й «вершиною моральної культури нації» (Вільгельм фон Гумбольдт).

При вивченні навчальних дисциплін історико-культурологічно-мовного циклу («Історія України та української культури», «Українська мова за професійним спрямуванням», курсів за вибором «Медицина та художня культура», «Теорія і практика професійної мовної комунікації», «Тренінг спілкування» та ін.) велика увага приділяється як студіюванню особливостей різних культурно-історичних епох нашої держави, медично-фармацевтичної термінології, так і ознайомленню з художнім словом митців, в якому криються «вічна таїна», «вічна загадка любові» (Гр. Тютюнник), «секрети поетичної творчості» (І. Франко). Адже художнє слово наділене здатністю заряджати реципієнта своєю енергією.

У навчально-виховному процесі використовуються зразки художніх творів видатних вітчизняних і зарубіжних письменників різних історичних періодів. Художньо-енергетичний потенціал творів Т. Шевченка, І. Франка, Лесі Українки, О. Олесья, Д. Павличка, І. Драча, М. Вінграновського, Є. Гуцала, О. Забужко та інших є своєрідною формою психотерапії, пізнання, зцілювання душі. Видатний філолог О. Потебня писав: «Визнання ...духу в розумінні свідомої розумової діяльності, що передбачає поняття, які утворюються тільки шляхом слова, ми побачимо, що дух без мови неможливий, через те що сам утворюється за допомогою мови і мова в ньому є перша за часом подія» [2, с. 37].

Студентам безпосередньо під час аудиторних занять і в завданнях для самостійної роботи пропонуються поезії для вивчення напам'ять про роль слова як найкоштовнішого скарбу народу, зразки різних жанрів усної народної творчості (прислів'я, приказки, пісні, загадки, думи, легенди тощо), висловлювання діячів культури про значення видів мистецтва і літератури зокрема, авторські художні тексти для написання ректорського диктанту, всі ці форми роботи сприяють формуванню світогляду майбутніх фахівців медико-

фармацевтичного спрямування, які поповнюватимуть лави національної інтелігенції з ціннісною парадигмою високої духовності й людяності, універсальності знань.

Список використаних джерел

1. Гадамер Г.-Г. Истина і метод / Основи філософської германістики. У 2-х т. Київ: Юніверс, 2000. Т. 1. 459 с.
2. Потебня А.А. Мысль и язык. Одесса, 1992. 189 с.
3. Франко І. Из секретів поетичної творчості: Збір. тв. у 50 т. Київ: Наукова думка, 1981. т. 31. С.45–118.

ФОРМУВАННЯ СОЦІАЛЬНИХ НАВИЧОК ЯК НЕОБХІДНОГО КОМПОНЕНТА КОНКУРЕНТОСПРОМОЖНОСТІ ЛІКАРЯ

*Марушко Юрій Володимирович, доктор медичних наук, професор,
завідувач кафедри педіатрії післядипломної освіти,
Дмитришин Богдана Ярославівна, кандидат медичних наук,
доцент кафедри педіатрії післядипломної освіти,
Бовкун Оксана Анатоліївна, кандидат медичних наук,
асистент кафедри педіатрії післядипломної освіти,
Єсіпова Світлана Іванівна, кандидат медичних наук,
доцент кафедри педіатрії післядипломної освіти,
Дмитришин Ольга Андріївна,
асистент кафедри педіатрії післядипломної освіти,
Національний медичний університет імені О.О. Богомольця*

Вступ. Євроінтеграція України, глобалізація наукових процесів вимагають модернізації вищої медичної освіти в Україні, диктують нові умови і ставлять високі вимоги до підготовки майбутніх лікарів та їх безперервного професійного розвитку. Для забезпечення конкурентоспроможності в сучасних умовах спеціалісту будь-якого профілю необхідно, поряд з фаховими компетентностями і знанням іноземної мови, володіти вмінням збирати необхідні факти, аналізувати інформацію, формулювати та аргументувати думку, творчо реагувати на кризові стани, бути креативним, вміти спілкуватися. Саме такі навички отримали назву *soft skills* або «м'яких» чи «гнучких» на відміну від «жорстких» (*hard skills*) спеціальних фахових вмінь, і власне їх поєднання забезпечує високоефективне виконання професійних обов'язків спеціаліста [3, с. 40].

Мета роботи – проаналізувати можливості формування соціальних навичок лікаря впродовж вивчення дисциплін педіатричного циклу для підготовки високопрофесійних конкурентноспроможних фахівців. Використано бібліографічний та інформаційно-аналітичний методи дослідження.

Основна частина. «М'які» навички – комплекс неспеціалізованих, надпрофесійних навичок, які відповідають за успішну участь у робочому процесі, високу продуктивність і, на відміну від спеціалізованих навичок, не пов'язані з конкретною сферою. Тому формування універсальних компетентностей необхідні фахівцям для реалізації власної професійної кар'єри.

Часто «м'які» навички називають також універсальними або функціональними компетенціями, а факт володіння ними – функціональною грамотністю (functional literacy). ЮНЕСКО та Європейська комісія навіть встановили мінімальний рівень такої грамотності, необхідний кожному європейцю для того, аби «вписатися» в суспільство й не бути «соціальним інвалідом», досягти самореалізації [2].

Перелік «soft skills», необхідних у діяльності лікаря, включає: навички ефективної комунікації, лідерські якості, відповідальність, вміння працювати в критичних умовах, в команді, залагоджувати конфлікти, ставити та досягати поставлених цілей, управляти своїм часом, критично мислити, самостійно приймати рішення, здатність до креативності, самоорганізації [1, с. 13; 4, с. 46].

Ключовими навичками фахової компетентності майбутнього лікаря є професійні, комунікативні, дослідницькі та наукові [5, с. 183]. Комунікативна підготовка лікарів втілює складну, впорядковану, цілісну, динамічну систему, що функціонує відповідно до мети, завдань та принципів діяльності вищої школи, спрямовується на формування мотиваційно-ціннісних орієнтацій студентів, системи їхніх знань, умінь та навичок, розвиток творчого підходу до організації майбутньої професійної діяльності і підпорядковується меті формування в майбутніх фахівців готовності до здійснення такої діяльності [5, с. 185; 6].

Формування соціальних (soft skills) навичок поряд з фаховою підготовкою на кафедрі педіатрії післядипломної освіти відбувається впродовж вивчення дисциплін педіатричного циклу на додипломному етапі, а також під час інтернатури, стажування, спеціалізації, тематичного удосконалення лікарів на післядипломному етапі. Ефективними для реалізації цього завдання є лекції, семінари, практичні заняття, самостійна та науково-дослідна робота, а також виробнича практика студентів.

Безперервний професійний розвиток лікарів покликаний поглиблювати у курсантів не лише фахові, але й соціальні компетентності. З цією метою до тематики фахових циклів удосконалення викладачі кафедри вносять питання етики і деонтології, міжособистісного спілкування, здійснюють оновлення навчальних програм, розробляють нові ефективні тренінги та онлайн-курси.

Однією з найважливіших «м'яких» навичок вважається ефективна комунікація, яка в значній мірі забезпечує набуття інших нефахових умінь. З метою формування комунікативної компетентності у студентів та слухачів викладачі кафедри використовують різноманітні інтерактивні методи навчання, такі як метод клінічних кейсів, проблемно-дослідницький метод, метод індивідуальних навчально-дослідних та практичних завдань, метод конкурентних груп, тренінгових технологій, метод проведення наукових конференцій із застосуванням інтерактивних, міждисциплінарних та інформаційно-комп'ютерних технологій.

Ефективним методом навчання, який розвиває лідерські якості, вміння працювати в команді, залагоджувати конфлікти, критично та креативно мислити, стають розгляд клінічних ситуацій, аналіз історій хвороб складних пацієнтів. Спільні засідання гуртківців-інтернів, молодих науковців та студентів під керівництвом досвідчених професорів кафедри взаємозбагачують

всіх, вчать учасників толерантності, творчого підходу, самоорганізації, здорової конкурентності.

Виробнича практика студентів є компонентом навчальної діяльності і якнайкраще допомагає органічно поєднувати фахові та соціальні навички, комунікувати з пацієнтами, членами родини і персоналом, працювати в критичних умовах, у команді, залагоджувати конфлікти, самостійно приймати рішення.

Висновки. Методи формування соціальних навичок як необхідного компонента конкурентоспроможності лікаря потребують подальшого вдосконалення, видозміни існуючих та введення нових навчальних тренінгів і курсів, нової мотиваційної аргументації як для студентів і лікарів, так і для викладачів та керівників структурних підрозділів. Перспектива подальших досліджень полягає у виділенні пріоритетних методів навчання для набуття лікарем «м'яких» та «жорстких» навичок, які забезпечать ефективне виконання ним професійних дій.

Список використаних джерел

1. Гура О. О. Особливості розвитку м'яких навичок студентів ІТ спеціальностей засобами навчальних Scrum проектів / О. О. Гура // ScienceRise. Pedagogical Education. – 2019. – № 4. – С. 8-15.

2. Ілліч Ясна. Soft skills: універсальні навички європейського рівня [Електронний ресурс]. – 2015. – Режим доступу до ресурсу: <https://studway.com.ua/soft-skills/>.

3. Зайцева І. В. SOFT SKILLS – невід'ємні аспекти формування конкурентоспроможності студентів у XXI столітті. - Міжвузівський науково-методичний семінар «Soft Skills – невід'ємні аспекти формування конкурентоспроможності студентів у XXI столітті». - Тези доповідей 21 лютого 2020 р. - стор.40.

4. Кохан О. М. Soft skills як необхідний компонент конкурентоспроможності майбутніх фахівців. – Міжвузівський науково-методичний семінар «Soft Skills – невід'ємні аспекти формування конкурентоспроможності студентів у XXI столітті». – Тези доповідей 21 лютого 2020 р. - стор.46

5. Філоненко М. М. Психологія особистісного становлення майбутнього лікаря / М. М. Філоненко. – К.: Центр учбової літератури. – 2015. – С.182-204.

6. Чабан О.С. Комунікативні навички лікаря / Чабан О.С., Хаустова О.О., Мухаровська І.Р., Науменко Г.М. // Конспект лекцій. За заг. ред. О.С. Чабана. – К.: LAT&K, 2017. – 152 с.

ВИКЛАДАННЯ КУРСУ «ЕТИКЕТ У СУСПІЛЬСТВІ, ЕТИКЕТ В МЕДИЦИНІ»: ВИКЛИКИ ТА ВІДПОВІДІ

*Карпенко Катерина Іванівна, доктор філософських наук, професор,
завідувач кафедри філософії,
Харківський національний медичний університет*

У наукових дослідженнях останніх років «визначено, що студенти дистанційної форми навчання відчують труднощі у встановленні контакту. Вони достовірно гірше оцінюють особисті і професійні якості викладачів.

Образ Я, що формується за цих умов, характеризується менш позитивним ставленням до себе, ніж під час традиційного навчання в університеті.

Головним критерієм характеристики особистості студента, що навчається на дистанційні формі навчання, є незадоволеність, фрустрованість освітніх потреб»[3]. Серед причин своєї незадоволеності й невизначеності здобувачі освіти називають брак спілкування з викладачем [4]. Студенти усвідомлюють, що викладач є найважливішим транслятором досвіду, знань, культури, без яких неможлива професійна соціалізація [1].

В умовах, що склалися, викладання вибіркового курсу «Етикет у суспільстві, етикет у медицині» для майбутніх фахівців з напрямку «Медсестринство» набуває особливого значення. Його актуальність і необхідність визнають студенти під час ярмарку вибірових курсів. Зважаючи на неординарні життєві та медичні ситуації, що пов'язані з коронавірусною пандемією і дистанційним навчанням, може йтися також про доречність посилення уваги до етикету у суспільстві та етикету у медицині як основної освітньої компоненти навчання.

Пандемія вимагає знання і врахування особливостей етикету в різних культурах світу. Важливо пам'ятати і брати до уваги, що є контакти культури, в яких уявлення про соціальну дистанцію практично відсутнє. Також є неконтакти культури, яким легше було адаптуватися до обмежень соціальних контактів в умовах пандемії. Майбутнім медсестрам в своїй практичній роботі корисною є обізнаність і компетентність щодо цих важливих елементів соціального і культурного життя, а також медичної практики. За умов пандемії це може просто спасти їх життя і допомогти пацієнтам.

В рамках даного курсу теоретично аналізуються, а також практично прищеплюються необхідні конкретні навички поведінки у майбутній роботі. Мова йде, по-перше, про традиційні компетентності щодо здатності фахівців приймати відповідальні рішення, відкритості у спілкуванні з пацієнтами, про труднощі та протиріччя професійного етикету сучасного медичного працівника, про особливості формування іміджу сучасної медичної сестри. Суттєве значення для майбутньої професії мають різноманітні невербальні засоби впливу. Наприклад, така складова етикету як зовнішній вигляд медичного працівника. Цінним є втілення емпатичного підходу, дотримання етикету у зовнішньому вигляді (зачіска, косметика, аксесуари) та невербальній комунікації (пози, жести, рукостискання, мімічні реакції).

По-друге, під час підготовки і проведення практичних занять формується установка щодо таких значущих навичок, як мовний етикет. Медичній сестрі важливо правильно підібрати необхідні слова для повідомлення певної інформації, толерантно та коректно ставитися до нестандартної поведінки пацієнтів.

Змістовним аспектом даного курсу, що відповідає викликам часу, є акцент на гендерних аспектах комунікації та поведінки майбутніх фахівців: з одного боку, у спілкуванні з колегами та іншим медичним персоналом, з іншого боку – у спілкуванні з пацієнтами, їх рідними та близькими. Набуває нового звучання етикет у сфері взаємовідносин статей. Цікаві аспекти

медичного етикету відкриваються унаслідок нових гендерних практик, які поступово отримують соціальну та правову легітимацію. Наприклад, в мовному етикеті в галузі медсестринства вже значний час вживається поняття медбрат. Але тільки 28 серпня 2020 р. Міністерство економіки України офіційно затвердило Зміни № 9 до Національного класифікатора ДК 003:2010 «Класифікатор професій» (наказ від 18.08.2020 № 1574), відповідно до яких відбулася легітимація професії медбрат.

Суттєві виклики щодо формування навичок соціального і професійного етикету виникають внаслідок дистанційного навчання, яке, з одного боку, відіграє позитивну роль, послаблюючи ризики інфікування, але, з іншого боку, виникають ризики іншого гатунку. Повернення до аудиторії після карантину засвідчило певні негативні соціальні тенденції щодо сприйняття професійного етикету. Навіть змінилися тенденції в сучасній моді. Спортивний костюм і піжама стали ознакою сучасної моди. Якою мірою це впливає на форми комунікації в медичній практиці? Це питання є неоднозначним у суспільному сприйнятті, але разом з тим воно має бути дуже однозначним у сфері медичної діяльності. І перш за все в діяльності медичної сестри, медичного брата.

У сфері медичної практики все активніше залучається телемедицина. Ця сфера медичних послуг особливо актуальна в умовах пандемії. Вона відкриває нові можливості для спілкування і постановки діагнозу, розширює сферу спілкування пацієнта і лікаря. Разом з тим, формуються нові, зафіксовані як норми етикету, взаємні очікування між учасниками даного виду професійної комунікації. «Технологічно такого роду телекомунікації можуть забезпечувати пряму передачу медичної інформації в різних форматах (історія хвороби, дані лабораторних досліджень, рентгенівські знімки та результати КТ, МРТ, УЗД, дерматоскопія тощо), а також відео конференц-зв'язок в режимі реального часу між медичними установами або лікарем і пацієнтами, із залученням до процесу безпосередньо здобувачів освіти» [5, с. 28-29]. Нетикет як формування навичок соціального і професійного етикету стає невід'ємною складовою діяльності медичного персоналу.

Отже, викладання курсу «Етикет у суспільстві, етикет в медицині» є очікуваною відповіддю на виклики сучасності, надаючи здобувачам медичної освіти можливість ознайомитися з теорією, історією та практикою етикету як соціокультурного продукту і нормативної системи світського життя, ділових стосунків та стосунків у медичній сфері з орієнтацією на практичне застосування здобутих знань.

Список використаних джерел

1. Використання дистанційних методів навчання в медичній освіті / І. М. Скрипник [та ін.] // Проблеми безперервної медичної освіти та науки. – 2020. – № 3. – С. 29–32.
2. Височина І. Л. Дистанційне навчання на кафедрі сімейної медицини ДЗ «Дніпропетровська медична академія МОЗ України» очима студентів– медиків другого курсу (аналіз результатів анонімного анкетування) / І. Л. Височина, І. В. Авраменко, Н. С. Башкірова // Мед. освіта. – 2020. – № 4. – С. 5–9.

3. Медбрат, акушер і санітар: нові офіційні професії від МОЗ. URL: <https://interbuh.com.ua/ua/documents/onenews/128995>

4. Мельніченко С.В., Ржевський Г.М., Роганов В.П. Психологічно-організаційні особливості дистанційної форми навчання в сучасних умовах. URL: <http://dist.knute.edu.ua/index.php/ru/novini/31-psikhologichno>

5. Телемедицина – як актуальний прорив у підготовці майбутніх лікарів / А. М. Біловол, А. А. Берегова, С. Г. Ткаченко // Актуальні проблеми вищої медичної освіти і науки: матеріали Всеукраїнської науково-практичної конференції з міжнародною участю (м. Харків, 8 квітня 2021 р.) / ред. кол.: А. М. Біловол, А. А. Берегова, С. Г. Ткаченко. – Харків: ХНМУ, 2021. – С. 28–29.

ОСОБИСТІСНО-ОРІЄНТОВАНИЙ ПІДХІД В ОРГАНІЗАЦІЇ САМОСТІЙНОЇ РОБОТИ ІНОЗЕМНИХ СТУДЕНТІВ

*Касаткіна Катерина Андріївна,
к.і.н., викладач кафедри суспільних дисциплін,
Запорізький державний медичний університет*

В системі вищої медичної освіти України важливе місце посідає підготовка іноземних студентів. Незважаючи на складнощі в організації навчального процесу, що спричинені карантинними обмеженнями через пандемію COVID-19, кількість іноземців, які вступають до українських вишів, не знижується. В п'ятірку найпопулярніших серед іноземних абітурієнтів входить Запорізький державний медичний університет, в якому навчається понад 3200 студентів-іноземців з 42 країн світу [3]. Такий потік іноземних студентів ставить перед ЗВО нові завдання, які в умовах пандемії та трансформації системи охорони здоров'я потребують особливої уваги.

Одні з перших викликів, що постали перед медичними ЗВО, були пов'язані з підвищенням вимог до підготовки фахівців медичної галузі. Зросла потреба у висококваліфікованих спеціалістах, які мають високий адаптаційний потенціал, гнучкість і критичність мислення та високий рівень особистісної відповідальності. Проте, не менш важливим у підготовки таких спеціалістів є виховання гармонійно розвинутих, творчо мислячих особистостей з високою моральністю та внутрішньою свободою. В навчальному процесі такі якості формуються за допомогою вивчення дисциплін соціогуманітарного циклу, з якими іноземні студенти знайомляться на першому курсі.

Підвищення вимог до підготовки спеціалістів актуалізує питання особистісно-орієнтованого підходу в організації навчального процесу студентів-іноземців, де особливого значення набуває організація самостійної роботи. Згідно з навчальними планами саме на самостійну навчально-пізнавальну діяльність, яка є завершальним етапом вирішення навчальних завдань, що розглядаються на лекційних та семінарських заняттях, відводиться значна частина часу. Втім слід визнати, що переважна кількість іноземних студентів-першокурсників недостатньо підготовлена до самостійної навчальної діяльності. Вони поверхнево володіють основними прийомами самостійної роботи і мають досить слабкі навички користування науковими джерелами при підготовці до лекцій, семінарських занять та написання рефератів. Тому,

питання ефективної та якісної організації самостійної роботи студентів-іноземців у рамках особистісно-орієнтованої моделі освіти є першочерговим до вирішення.

У Запорізькому державному медичному університеті забезпечення якісної організації самостійної роботи здобувачів вищої освіти реалізується завдяки запровадженню нових форм та технологій навчання, а саме у форматі онлайн курсів. Використання сучасних інтернет- та хмарних сервісів дозволило організувати цю форму навчально-пізнавальної діяльності на нових принципах, зробити інтерактивною та контрольованою, використовуючи для цього засоби дистанційного моніторингу навчальної діяльності (активності). Завдяки цьому студент може дистанційно ознайомитися з навчально-методичними матеріалами дисципліни, які представлені у вигляді різнотипних інформаційних ресурсів (текст, відео, презентація, електронний посібник тощо), виконати завдання та відправити його на перевірку викладачу, пройти тестування. Викладач, зі свого боку, має можливість самостійно створювати контент для онлайн курсу, надсилати інформацію студентам, збирати та перевіряти виконані завдання, вести електронний журнал обліку оцінок та відвідування, налаштовувати різноманітні ресурси та бібліотеку курсу [1, с. 50]. Такий формат організації самостійної роботи дозволяє іноземним студентам ефективніше управляти своєю навчальною діяльністю, сприяє формуванню відповідального ставлення до навчання та допомагає вільно орієнтується в просторі здобутих знань.

Успішно реалізуються завдання особистісно-орієнтованого навчання студентів-іноземців на онлайн курсах з самостійної роботи дисциплін соціогуманітарного циклу. При розробці такого курсу та здійсненні тьюторської підтримки необхідно враховувати психолого-педагогічні особливості навчально-пізнавальної діяльності даної категорії студентів. Наведемо деякі рекомендації, що мають допомогти здобувачам краще опанувати прийоми самоосвіти та знизити випадки недобросовісного виконання завдань. Передусім необхідно створити сприятливу атмосферу у взаємодії тьютор-студент, бути «поруч» під час проходження ними онлайн курсу, розгорнуто відповідати на питання та вчасно надавати інформаційну підтримку. Так само, як на аудиторних заняттях викладач пояснює навчальні цілі й завдання, так і під час онлайн супроводу доцільно надавати інформацію про вимоги, правила проходження курсу, систему оцінювання, термін виконання завдань щонайменше двома різними способами: текстовий документ та аудіо-або відеоролик. У рамках курсу рекомендується розділити матеріал кожної теми на кілька частин, до кожної з яких студенти можуть дивитися короткі відеоролики і виконати невеликі тестові завдання. Особливо важливо надавати іноземним студентам якісний зворотний зв'язок. Вони мають регулярно одержувати від викладача певні відгуки упродовж усього курсу. Треба не лише вказувати студенту, що він зробив неправильно, а й пояснювати йому, що саме він має зробити, аби поліпшити свою відповідь. Так, доцільно наводити приклади добре виконаних готових робіт із поясненням [2]. Отже, студент-іноземець має отримувати більше різнопланової інформації, яка допоможе поліпшити його майбутні здобутки.

Таким чином, в умовах нових викликів і трансформації, реалізація особистісно-орієнтованого підходу в організації самостійної роботи студентів-іноземців сприяє підвищенню якості підготовки спеціалістів у медичних ЗВО.

Список використаних джерел

1. Колесник Ю.М., Авраменко М.О., Моргунцова С.А., Рижов О.А. Досвід впровадження он-лайн технологій у систему підготовки фахівців галузі знань 22 – Охорона здоров'я. *Актуальні питання вищої медичної освіти в Україні (з дистанційним під'єднанням ВМ(Ф)НЗ України за допомогою відеоконференц-зв'язку)*: матеріали XV Всеукр. наук.-практ. конф. з міжнар. участю (м. Тернопіль, 17–18 трав. 2018 р.). Тернопіль: ТДМУ, 2018. С. 48-51.

2. Як поліпшити (не)дистанційне викладання? *Академічна доброчесність. Інформаційний бюлетень*. Вип. 9, квіт. 2020. URL: <https://saiup.org.ua/wp-content/uploads/2020/04/Integrity-bulletin-09.pdf> (дата звернення 28.01.2022).

3. General Information / Zaporizhzhia State Medical University. URL: http://int.zsmu.edu.ua/p_226.html (дата звернення 30.01.2022).

ПРИНЦИП ЦІЛІСНОСТІ СВІТОГЛЯДНОЇ ПІДГОТОВКИ ЛІКАРЯ

*Спиця Наталя Валеріївна, к. філос. н., доцент,
доцент кафедри суспільних дисциплін,
Запорізький державний медичний університет*

Питання якісної підготовки професіонала, який відповідав би запитам сучасного швидко змінюваного суспільства, актуальне для будь якої професії. Не є виключенням і професія лікаря, адже це стосується всіх людей, а не тільки частини суспільства. Кожній людині важливо до якого саме спеціаліста вона звернеться у найскрутніші свої моменти, коли потрібно вирішувати важливі питання життя і смерті, шукати поради щодо профілактики або ж зміни режиму життя у випадку хронічної хвороби. Тому, професійна підготовка лікаря – проблема загальнонаціональної важливості та пріоритетності державного рівня.

Ми живемо у світі із швидко змінюваною реальністю, де одні ідеологічні орієнтири замінюються на інші, де світоглядні смисли та системи цінностей трансформуються під впливом нових технологічних, соціальних та політичних реалій. Трансгуманізм вже не є частиною чогось фантастичного і далекого, адже в наукових колах все більше говорять про докорінну трансформацію фізичної та психічної реальності людини. Стрімке зростання технологічної могутності людини впливає на подальшу профілізацію та звуження сфери діяльності спеціаліста у сфері медицини, а відтак, зведення до мінімуму можливості охопити, досягнути, розглянути проблему в її широкому розумінні. Наука заграється і забуває про важливість цілісного бачення Людини у всій повноті її здоров'я, що передбачає не тільки підтримку гомеостазу на фізичному рівні, а й має враховувати її ментальний стан, її соціальне життя. І все більше спеціалістів починають підтримувати таку позицію, коли вважається, що функція лікаря має бути звужена до невеликої сфери компетентності, де він має підтримувати показники норми фізичного тіла

пацієнта. Але ж з давніх часів людству стало зрозумілим, що фізичний і психічний стан людини є взаємозалежним і якщо «лагодити» тільки одну сферу, то результат буде не довгим і малоефективним.

То ж як саме має виглядати професійна підготовка сучасного лікаря? Скоріш за все, крім усіх обов'язково важливих елементів, наданих лікарям набутками сучасної науки, має бути одна об'єднуюча система – має формуватися особливий світогляд майбутнього лікаря. Такий світогляд має визнавати цілісну природу людини, а саме її біологічного, соціального та психічного, як нерозривної єдності та взаємодоповнюваності. Тому, серед компонентів, які визначають світогляд лікаря мають бути присутніми не тільки природнича складова, а й гуманітарна, філософська, соціальна, етична. Крім того, всі ці компоненти мають взаємодіяти на рівні самоорганізації, тобто, освіта лікаря має давати майбутньому спеціалісту методи, які допоможуть користуватися всіма знаннями, вбудовувати нові структури, бути пластичним та витривалим у світі, що змінюється кожної миті.

Завдання такої світоглядної підготовки можна вирішити за умови цілеспрямованої та системної діяльності всіх суб'єктів освітнього процесу. Вплив людини на людину залишається головною силою освітнього процесу, не зважаючи на те, чи працюємо ми в режимі «оф-лайн», чи «он-лайн» спілкування. Професійна, соціальна, етична роль кожного члену професорсько-викладацької спільноти університету залишається вкрай важливою для набуття найкращих якостей майбутніми спеціалістами у сфері медицини. Варто зазначити, що освіта має відбуватися і за принципом індивідуалізації, враховуючи той факт, що кожен студент є унікальною особистістю. Такий принцип можливо реалізувати за умови коли викладач є консультантом та в змозі спроектувати особливий для студента освітній шлях.

Загалом, самі викладачі мають змінювати свої погляди на медичну освіту, переходячи від предметного мислення, налаштованого на конкретику суто своєї дисципліни до міждисциплінарного мислення, де якомога краще реалізується принцип цілісності. До речі, успішність Всеукраїнської науково-практичної конференції «Соціально-етичні та деонтологічні проблеми сучасної медицини», що вже втретє проводиться у Запорізькому державному медичному університеті та виходить на міжнародний рівень, якраз і реалізує міждисциплінарний принцип. Це допомагає як викладачам, так і студентам у плануванні індивідуальної траєкторії формування цілісного світогляду майбутнього лікаря і продовженні саморозвитку тих, хто вже давно в професії.

На останок, хотілося б відмітити той факт, що філософія залишається однією з найголовніших дисциплін для медичної освіти, адже об'єднує, систематизує та орієнтує всі знання та компетентності, які набуваються майбутніми професіоналами. Філософія допомагає синтезувати всі знання у царину цілісного, динамічного буття лікаря сучасності, який має навчитися оперувати з неймовірними об'ємами наукової інформації, залишатися чуйним та людяним у своїй соціально-орієнтованій сфері діяльності та не втрачати свою унікальність, яка акумулює творчий потенціал майбутнього медицини.

THE IMPORTANCE OF “SOFT SKILLS” IN FORMATION OF PHYSICIANS’ COMPETENCIES

*Natella Pavlenko, Candidate of Philosophical Sciences,
Lecturer at the Department of Social Disciplines,
Zaporizhzhia State Medical University*

The current situation, namely, living in a constantly transforming society, force each society member to search for the tools and cultivate the skills which would enable adapting and quick responding to these transformations by respective self-evaluation, improvement, and development as well as through mastering skills.

The issue of educating an integrated personality is in the focus of higher education institutions, which are engaged not only in training professional “hard skills”, but also shape socially significant qualities (“soft skills”) for all activity lines of a future specialist.

As far as the field of medicine is concerned, educational process should be task-oriented, ensure students’ activity, which will provide an opportunity to obtain and cultivate special, incredibly important skills that could make a particular specialist unique. Nowadays, this is of particular relevance, as what we are experiencing now is an increased importance of the human health issue with constantly rising requirements for a future physician.

It is worth noting that physician is a socially-oriented profession, which requires the skills that form “social competence” of a specialist [1]. These skills are “soft skills”, namely: critical thinking, leadership qualities, creativity, responsibility, teamwork, ability to teach, set and achieve goals, as well as to shape own opinion, time management skills, commitment, capability of self-presentation and project-presentation, public speaking skills, ability to interact with people, conduct negotiations, and resolve conflicts, discipline, ability to meet deadlines, etc. [2].

It is “soft skills” that will help a person pattern his/her behaviour in life, apply basic professional, technical knowledge in a most successful way; “soft skills” can also become a unique ground for further personal development, and revealing a person’s inner potential, generate further interest in the occupation, ensure successful fulfillment of professional tasks and efficient performance of professional duties by a physician, help to consciously make decisions about treatment methods and take responsibility for their choice, soberly assess the situation when diagnosing, compare and analyze his/her own capabilities and those of the patient, actualize personal resources in professional activities, etc. [1].

These “soft skills” will shape the principles of behavior in complicated and non-standard situations, which is becoming more and more relevant; they will form a clear and correct vector for applying the entire store of knowledge and skills. An ability to communicate is very important for any person, but for socially significant professions, it is a fundamental principle, especially for physicians who need to know how to properly build a communication strategy with each patient in order to make a doctor-patient interaction effective. We can state that this is a key to successful treatment, since understanding ethical norms, communication methods, and the principles of humanism is the lever turning an ordinary physician into a highly qualified, unique and valuable specialist.

This is exactly what is proved by the research conducted at the School of Medicine of the University of Pretoria. The research data shows that the students who did the courses that form “soft skills” settled atypical situations more easily, established contacts with difficult patients faster, and, in general, actively responded and did not hesitate to take any challenges, were prepared to face them, both at the professional level and at the moral level [3].

Summing up, we cannot but agree with the opinion of most experts that “soft skills” are universal in nature and of importance for successful self-determination of any person, professional and in life, regardless of this person’s occupation [4]. A comprehensive educational approach and formation of “soft skills” along with a physician’s professional competences are exactly what will make a person competitive in any field of activity and provide him/her with confidence and stress tolerance, which are of urgent need nowadays.

References:

1. Povstyn O.V., Kozyar M.M. (2019). Znachennia “soft skills” u formuvanni upravlinskoj kompetentnosti fakhivtsiv u haluzi bezpeky liudyny [The importance of "soft skills" in the formation of specialists’ managerial competence in human safety field]. *Bulletin of Lviv State University of Life Safety*, 20, 122-127 [in Ukrainian]. DOI: <https://doi.org/10.32447/20784643.20.2019.19>.

2. Muromets, V. (2017). Top-5 soft skills dlia uspishnosti u zhytti ta karieri [Top 5 soft skills for success in life and career]. URL: https://kubg.edu.ua/images/stories/podii/2017/02_17_konferenciya_molodizhn_a_nauka_v_ukr/7_Top5_Soft_Skills.pdf (accessed 15.02.2021)

3. Bergh, A.M., Van Staden, C.W., Joubert, P.M., Krüger, C., Pickworth, G.E., Roos, J.L. et al. (2006). Medical students' perceptions of their development of ‘soft skills’ Part II: The development of ‘soft skills’ through ‘guiding and growing’. *South African Family Practice*, 48:8, 15-15d, DOI: 10.1080/20786204.2006.10873436.

4. Smahina, T. M. (2017). Zmishchennia aktsentiv z hard skills na soft skills u pidvyshchenni profesiinoj kompetentnosti pedahohiv u systemi pisliadyplomnoi osvity [Shifting the emphasis from hard skills to soft skills in improving the professional competence of teachers in the system of postgraduate education]. *Rozvytok profesiinoj kompetentnosti pedahohiv u systemi pisliadyplomnoi pedahohichnoi osvity rehionu: zbirnyk materialiv konferentsii – Development of professional competence of teachers in the system of postgraduate pedagogical education of the region: Proceedings of the Conference*. (pp. 21-29). Zhytomyr [in Ukrainian].

НЕЙРОФІЗІОЛОГІЧНІ СТРАТЕГІЇ ОПТИМІЗАЦІЇ ПІДГОТОВКИ ДО ІСПИТУ КРОК

*Самойленко Олена Валентинівна, канд. філ. н., доц.,
завідувачка кафедри мовних та гуманітарних дисциплін №1,
Степанов Олексій, студент III курсу медичного факультету №1,
Уточкін Ярослав, студент III курсу медичного факультету №1,
Донецький національний медичний університет*

Підготовка до складання іспиту КРОК – дуже актуальна проблема для студентів-медиків вищих навчальних закладів, тому що відсоток студентів, які успішно склали цей іспит у минулому році був порівняно невисоким.

Як результат, у студентів розвивається безліч страхів та фобій, які заважають ефективно готуватися до нього. Багато здобувачів вважають, що до КРОКу можна підготуватися за 2 тижні, що унеможлиблює досягнення позитивного результату. Але, з іншого боку, знання певних нейрофізіологічних особливостей може оптимізувати процес підготовки, полегшити її, допомогти організувати власний час таким чином, щоб запобігти зайвим стресовим ситуаціям, коли останні два тижня перед КРОКом студенти не сплять та не виходять на вулицю.

Мета: розробити робочу карту ефективних методів підготовки до КРОК, які могли б допомогти студентам краще організувати свій час та обрати найефективніший спосіб засвоєння матеріалу, тому що ефективна підготовка є найголовнішим чинником успіху.

Матеріали і методи: статті, що присвячені нейрофізіології навчання і психології впливу гаджетів на людей.

Результати: згідно з дослідженнями доктора Уорда й інших психологів з університету Південного Мейна, виявлено зниження когнітивного і гнучкого інтелекту у студентів під час проведення тестів, коли телефон знаходився в безпосередній близькості. Поліпшення результатів спостерігалось, коли пристрій знаходився в іншій кімнаті. Також ці дослідження перевірялися в 91 середній школі Великобританії, коли було заборонено використання девайсів на уроках. Результатом було поліпшення успішності в цих школах. Але ще не варто забувати про зниження уваги, якщо студент та учень відволікається телефоном. Згідно дослідження Глорії Марк, професора кафедри інформатики в Каліфорнійському університеті в Ірвайні, на фокусування на певній роботі витрачається 23 хвилини і 15 секунд. Коли людина відволікається від завдання, їй буде потрібно два проміжних, щоб повернутися назад до первісного проекту. Тобто, щоб оптимізувати підготовку, треба відкласти або відключити мобільні телефони, що поліпшить концентрацію уваги та працездатність.

Згідно з дослідженнями Асі Казанцевой, наукового жураналіста в сфері молекулярної нейробиології, ефективним є вивчення інформації перед сном, у свою чергу, також необхідний повноцінний сон з фазами повільного і швидкого сну. Це сприяє зміцненню нейронних зв'язків, що впливає на краще закріплення та засвоєння вивченої інформації.

Висновок: виходячи з вказаних досліджень можна зробити практичний висновок: для кращого вивчення та здачі КРОК необхідно обмежити використання гаджетів під час підготовки та складання іспиту, створити умови для фокусування на завданні, скласти графік вивчення тестів і налагодити режим сну. Рекомендовано вивчати матеріал перед сном.

Список використаних джерел

1. How Smartphones Hijack Our Minds. URL: <https://www.wsj.com/amp/articles/how-smartphones-hijack-our-minds-1507307811>
Дата звернення 10.12.21
2. Зелинский С. А. Управление психикой путем манипулятивного воздействия. URL: <https://psyfactor.org/lib/zelinski1-13.htm> Дата звернення 09.12.21

РОЗВИТОК ЕМОЦІЙНОГО ІНТЕЛЕКТУ ЗДОБУВАЧІВ МЕДИЧНОЇ ОСВІТИ

*Четвертак Тетяна Юріївна, методист, к.пед.н., викладач ЗФПО,
Шкопинська Тетяна Євгенівна,
завідувача відділенням, к.с.-г.н., викладач ЗФПО,
Поправко Марина Іванівна, викладач ЗФПО, Медичний фаховий коледж
Запорізького державного медичного університету*

Розвиток емоційного інтелекту здобувачів медичної освіти є складним та багатокомпонентним процесом, подібну думку розділяє вітчизняний дослідник Васильківський І.П., який в своїх працях зазначає, що «виховання емоційного інтелекту здобувачів – процес цілеспрямованого, планомірного формування емоційної розумності та компетентності (знань, умінь, навичок, норм, цінностей) та досвіду учнівства під час спеціально організованої взаємодії здобувача та викладача, яка детермінує потенціал до розвитку інтегрального показника емоційного інтелекту здобувачів освіти» [1, с. 85]. В роботі автор наголошує, що «ефективне виховання вимагає більшого, ніж інтелектуальне керівництво підопічних. Емоційна безграмотність та відсутність розвиненої емоційно-вольової сфери, емоційної розумності та емпатійних навичок у здобувачів, ускладнює загальний процес соціалізації і не забезпечує максимальний розвиток особистості» [1, с. 85], погоджуємось з думкою науковця, і тому вважаємо проблему розвитку емоційного інтелекту здобувачів медичної освіти актуальною. За дослідженнями вчених Левків М.О., Жизномирська О.Я. «емоційний інтелект (EQ від англ. Emotion Quotient) – є розумінням своїх і чужих емоцій, вмінням конструктивно їх висловлювати, розуміти почуття і переживання оточуючих. Сьогодення ставить перед лікарем певні завдання, такі, як: вміння налагоджувати контакт, чітко і зрозуміло доносити інформацію до пацієнта, ураховуючи індивідуальність пацієнта й обставини, за яких виникло захворювання, вміння переконувати і ставати партнерами у лікуванні, створювати довірливі відносини» [2, с. 75].

Складовими розвитку емоційного інтелекту, на думку науковців є формування її складових, а саме, полягає у: «наявності самосвідомості: емоційної компетентності (розпізнавати свої емоції та їх наслідки); збільшенні рівня самооцінки (знати свої сильні сторони, якості та їх обмеження); впевненості у собі (самооцінка та здібності); здатності до саморегуляції, самоконтролі (керування деструктивними емоціями, імпульсами); надійності (дотримуватися стандартів чесності, сумлінності); добросовісності (відповідальний за особисту діяльність); адаптивності (бути гнучким в управлінні змінами); інноваційності (бути відкритим для нових ідей, прагнень, інформації); здатності до самомотивації: механізму досягнення (прагнення вдосконалити або досягти стандарту досконалості); зобов'язанні (відповідати цілям групи чи організації); ініціативності (бути готовим діяти якомога більше); оптимізмі (бути наполегливим у досягненні цілей, незважаючи на перешкоди та невдачі); здатності до емпатії: здатності до співпереживання (відчувати почуття та перспективи інших людей, проявляти активний інтерес до проблем інших); зосередженості (передбачити, розпізнати, задовольнити потреби, прагнення);

розвитку інших якостей (відчуття, що інші потребують розвивати спеціальні здібності); використанні різноманітності (розвивати можливості через різних людей); соціальних навичках: впливати (володіти ефективною тактикою переконання); комунікації (передавання чітких і переконливих повідомлень); лідерстві (бути серед керівних груп); змінах (ініціювати або контролювати зміни); управлінні конфліктами (переговори та вирішувати проблеми); розвивати стосунки (для підтримки стосунків); співробітництві (робота з іншими для досягнення спільних цілей)» [2, с. 78].

Отже, в нашому розумінні, розвиток емоційного інтелекту здобувачів медичної освіти полягає у формуванні у здобувачів здатності до розпізнавання власних емоцій; при чому не тільки розпізнавання, але й вміння визначати причини появи конкретної емоції у себе та оточуючих; здатності до управління визначеними емоціями, вміння приборкувати їх, пробуджувати і спрямовувати почуття, які виникли, на досягнення власної мети; пробудження креативності, щоб покращувати процеси мислення і максимально позитивно налаштовуватись на виконання професійних задач.

Список використаних джерел

1. Васильківський І.П. Виховання емоційного інтелекту учнів середнього шкільного віку. Дисертація на здобуття наукового ступеня доктора філософії за спеціальністю 011 «Освітні. Педагогічні науки». Національний університет біоресурсів і природокористування України. Київ, 2020. 361 с.

2. Левків М.О., Жизномирська О.Я. Формування емоційного інтелекту особистості: медико-психологічні аспекти. *Медична освіта*, (2), 75–80. 2021. URL: <https://doi.org/10.11603/me.2414-5998.2021.2.11993>.

РОЛЬ УКРАЇНСЬКОЇ МОВИ У ПІДГОТОВЦІ МІЖНАРОДНИХ ФАХІВЦІВ МЕДИЧНОЇ ГАЛУЗІ

*Цуркан Марія Валентинівна, д. пед. н., доцент, професор
кафедри суспільних наук та українознавства,*

*Цуркан Іван Михайлович, студент V курсу медичного факультету №1,
Буковинський державний медичний університет*

Одним із актуальних напрямів роботи сучасних медичних закладів вищої освіти (ЗВО) є підготовка міжнародних фахівців, які приїхали в Україну з різних держав світу здобувати професійні знання. Важливим складником навчального процесу вищезазначеної категорії студентів є, безперечно, їх «входження» в новий суспільний простір, тобто адаптація та соціалізація студентів-іноземців в українському соціумі як передумова успішного оволодіння системою спеціальних практичних умінь і навичок.

Розв'язання окресленої проблеми зумовило інтеграцію викладачів медичних ЗВО, зокрема фахівців з психології, лінгвістики, психолінгвістики, дидактики, лінгводидактики, філософії, історії та культури з метою дослідження найбільш ефективних способів міжкультурної взаємодії, які сприятимуть соціоадаптації міжнародних студентів як у повсякденному, так і в освітньому українському просторі. Як наслідок, більшість фахівців дійшли

висновку, що ключовим інструментом адаптації та соціалізації студентів-іноземців є мова, адже вільне комунікування мовою соціуму, в якому живеш і навчаєшся, забезпечує відповідно й усі інші процеси взаєморозуміння, співпраці та співіснування, зокрема розуміння інокомунікантами ментальних особливостей нового етносу, його історії та культури.

Вивчення української мови студентами-іноземними громадянами має бути одним із надважливих компонентів освітньо-професійної програми, оскільки саме знання мови забезпечує подальше формування професійно-комунікативної компетентності майбутнього фахівця-медика, який буде конкурентоспроможним на міжнародному ринку праці.

Володіння українською мовою міжнародними студентами є обов'язковим складником згаданої вище компетентності не залежно від обраної студентом мови навчання (англійської чи української), адже під час проходження практики в лікувальних установах йому (студентові) доведеться спілкуватися як із лікарями, так і з пацієнтами.

Як бачимо, професійна мовленнєва діяльність лікаря, зокрема медика-іноземця, поєднує в собі інтрапрофесійну комунікацію, що відбувається в межах професійної спільноти, та інтерпрофесійну, яка здійснюється на рівні спілкування лікаря з пацієнтом. Інтрапрофесійна комунікація передбачає логічно виправдане й вмотивоване оперування комунікантами-фахівцями вузькоспеціалізованою медичною термінологією, тоді як інтерпрофесійна вимагає від лікаря-мовця вміння перекодифікувати складну професійну лексику в описові конструкції, зрозумілі пацієнтові. У межах інтрапрофесійної комунікації науковці розрізняють медичну наукову мову, медичну розмовну мову, мову медичної документації й мову медичної реклами. Беручи до уваги той факт, що студент-іноземець проходить клінічні практики в українських лікарнях, він повинен добре володіти основами як інтерпрофесійної, так й інтрапрофесійної комунікації.

У процесі здобуття фахової інформації, розвитку практичних умінь і навичок інокомунікант отримує професійні знання як від викладача-професіонала, так і через опитування пацієнта. Саме тому формування професійно-комунікативної компетентності студента-іноземця медичного закладу вищої освіти потребує оволодіння мовними стратегіями інтерпрофесійного та інтрапрофесійного спілкування з урахуванням специфіки комунікативного акту.

Отже, надання освітніх послуг міжнародним студентам медичними ЗВО України передбачає процес входження інокомунікантів у новий соціум через опанування мови, вивчення, осмислення й наслідування поведінкових моделей, соціальних норм і цінностей, психологічних настанов, знань і навичок, ознайомлення з культурними й ментальними особливостями, що забезпечують успішне функціонування зазначеної категорії студентів у цьому соціумі, задоволення їхніх базових потреб, реалізацію особистісного потенціалу в культурно-освітньому просторі іноземної держави.

УМІННЯ САМООРГАНІЗАЦІЇ У МАЙБУТНІХ ЛІКАРІВ ЯК УМОВА ФОРМУВАННЯ ПРОФЕСІЙНОГО ІМІДЖУ

*Уварова Олена Олександрівна, к.і.н., доцент,
доцент кафедри суспільних наук,
Сікорська Ольга Олександрівна, к.філол.н., доцент,
завідувач кафедри суспільних наук,
Одеський національний медичний університет*

Під час комунікації людина подає себе і сприймає оточуючих крізь призму іміджу. Імідж розуміється як особистісний образ, у побутовій свідомості – це певна цінність, яка символізує життєвий розвиток: сімейний, професійний, кар'єрний тощо. Свій імідж необхідно вдосконалювати всім, чия професія пов'язана з людьми. Сьогодні те, наскільки фахівець здатний репрезентувати себе, визначає його успішність. Економіка вносить свої корективи у ході реформування медичної галузі: висувуються підвищені вимоги не тільки до якості медичного обслуговування, а й до змісту самого цього процесу. Імідж набуває особливо важливого значення як своєрідний інструмент, що допомагає вибудовувати відносини з оточуючими.

Загальний образ лікаря складається з особистісного і професійного іміджу. Складовими іміджу є внутрішня компонента, яка виражається в «Я-концепції», та зовнішня – стиль одягу, стан робочого місця, доброзичливість, емпатія, рухи та жести, мораль, тактовність, уважність, конфіденційність тощо.

Формування професійного іміджу – це вміння створити позитивний образ, який підкреслить кращі особистісні та ділові якості. На етапах професіогенезу важливим стає розвиток компетентностей майбутніх лікарів, бо їхня діяльність реалізується у спілкуванні з людьми.

Серед важливих для лікаря компетентностей, які опановуються під час навчання у ЗВО, можна вказати: здатність діяти соціально-відповідально та громадянсько-свідомо, реалізовувати свої права і обов'язки як члена суспільства; здатність розв'язувати складні практичні проблеми і завдання; здатність до визначеності і наполегливості щодо поставлених завдань і взятих обов'язків; здатність виявляти ініціативу та підприємливість; здатність вчитися і працювати в команді, адаптуватися і діяти в новій ситуації.

Здобуття професії – це процес роботи над собою, який вимагає певних якостей та здібностей, в першу чергу, самоорганізації – уміння людини так організувати свою діяльність, щоб найповніше реалізувати свій потенціал. Самоорганізація допомагає налаштуватися на діяльність і підтримувати працездатний стан протягом тривалого часу. Її функції полягають у розумово-інтелектуальному розвитку, постійному підвищенні кваліфікації, ефективній реалізації творчого потенціалу.

Навички самоорганізації вельми потрібні спеціалістам медичної сфери з її стресовою напруженістю, вимогами до безпомилкової діяльності, інтелектуальною складністю, відповідальністю, емоційним вигоранням тощо. Тому можна відмітити виражений психологічний компонент в діяльності лікаря, що висуває потребу здобуття навиків і професійної психологічної компетентності на етапі здобуття освіти.

Професіоналізм – це не лише сама приналежність до професії, а ще й збагачення своєї особистості професійними засобами для успішності і продуктивності діяльності. Професія лікаря вимагає певних іміджевих характеристик, що відповідають вимогам соціуму: висока професійна компетентність, відповідний зовнішній вигляд, культура мови, контроль емоцій. Важливими стають самоосвіта, самоконтроль і самовдосконалення майбутнього медика, робота над недоліками. На практиці це реалізується у ЗВО під час самостійної та індивідуальної самостійної роботи студента, наукової діяльності, участі у роботі органів студентського самоврядування, волонтерської діяльності та ін.

Освітній процес має реалізовувати прагнення студентів-медиків до вдосконалення і додаткового отримання нових знань, тобто заохочувати до самонавчання. І навчити самоконтролю – оцінці результатів (само)навчання, виявленню можливостей для покращення діяльності. Самоконтроль базується на моральних цінностях, традиціях, нормах, які, у свою чергу, формують імідж лікаря. Робота над іміджем – це постійний процес саморозвитку, опановування нових знань і навиків, і процес цей полегшує наявність самоорганізації.

Основною задачею підготовки сучасних фахівців повинен стати комплексний підхід, який включає високий рівень як професійної, так і іміджевої підготовки. А створенню свого власного іміджу в рамках усталеного професійного іміджу лікаря будуть сприяти навички самоорганізації - планування робочого часу і організація відпочинку (тайм-менеджмент), контроль стану власного здоров'я, контроль особистих відчуттів і реакцій на події. Вища школа має створювати необхідні умови для формування професійного іміджу лікаря. Однією із складових підготовки майбутніх лікарів є спонукання до удосконалення ціннісної загальнолюдської орієнтації та розвитку вольової сфери, які реалізуються завдяки самоорганізації, і надання сучасної науково обґрунтованої інформації щодо формування та управління іміджем.

Отже, набуття професійного іміджу становить істотне особистісне і професійне зростання, має глибокий практичний зміст. Однією з важливих умов при цьому стає самоорганізація, яка мобілізує на досягнення мети – кваліфікована медична допомога населенню із збереженням власних психологічних ресурсів лікаря.

СУСПІЛЬНО-ГУМАНІТАРНІ ДИСЦИПЛІНИ – ОСНОВА НАЦІОНАЛЬНО-ПАТРІОТИЧНОГО ВИХОВАННЯ МАЙБУТНЬОГО ЛІКАРЯ

*Ткач Алла Василівна, кандидат філологічних наук,
доцент кафедри суспільних наук та українознавства,
Буковинський державний медичний університет (м. Чернівці)*

Нинішній процес всесвітньої економічної, політичної та культурної інтеграції й уніфікації диктує нові стратегічні завдання для вищої школи. Удосконалення вітчизняної системи освіти має відбуватися відповідно до загальнодержавного курсу на захист національних інтересів та національної безпеки України, а також цілісної стратегії провадження гуманітарної політики

в усіх напрямках (науковий, освітній, інформаційно-культурний, етнічний, конфесійний та ін.). Адже будь-які реформи у суспільстві можуть бути ефективними й успішними лише за умови їх відповідності світоглядіві й цінностям більшості громадян держави (національна єдність і консолідація суспільства). Першорядну роль у вирішенні такого надважливого завдання загальнодержавної гуманітарної ланки відіграє освітня галузь – «основа розвитку особистості, суспільства, нації та держави, запорука майбутнього України. Освіта відтворює і народжує інтелектуальний, духовний та економічний потенціал соціуму» [3, с. 3]. Провідне місце у становленні повноцінної національної спільноти належить суспільно-гуманітарним дисциплінам («*Історія України та української культури*», «*Українська мова за професійним спрямуванням*», «*Деонтологія в медицині*», «*Основи медичного права*», «*Історія медицини*», «*Філософія*», «*Психологія спілкування*», «*Ораторське мистецтво*», «*Наукова мова у післядипломній освіті*» та ін.).

Згідно з нормативною базою ухваленого Закону «Про вищу освіту» держава зобов'язана вимагати від вишів не лише підготовки фахівців, а й патріотів [2]. У документі зазначено, що навчальний процес передбачає виховання гармонійно розвинутої людини (розділ IX, С. 47, п. 1), а тому завданням закладу вищої освіти є «формувати особистості шляхом патріотичного, правового, екологічного виховання, утвердження в учасників освітнього процесу моральних стандартів, соціальної активності, громадянської позиції й відповідальності, збереження й примноження моральних, культурних, наукових цінностей і досягнень суспільства» (розділ VI, С. 26, п. 4,7). Компетентність випускника вишу перевіряється його знаннями і практичними навичками, креативним мисленням, професійними, світоглядними й громадськими якостями, високими морально-етичними рисами, вмінням грамотно аналізувати робочі ситуації, готовністю швидко й продуктивно працювати в екстремальних умовах тощо. Сучасним випускником вишу має бути багатогранна особистість із почуттям толерантності, відповідальності, відкритості, людина добра, справедлива, великодушна, мудра. Забезпечити таке ціннісно-світоглядне «ядро» компетентності без українознавчих та історичних дисциплін неможливо. Перед викладачем медичного (і не лише) ЗВО окреслюється низка завдань: допомогти ґрунтовно та послідовно формувати професійні якості майбутніх медичних фахівців, прилучити їх до здобутків вітчизняної та світової історії, культури, науки, сформувати у них національний світогляд та відповідні моральні принципи, підготувати справжнього лікаря-патріота. Для ефективної реалізації вищезазначеної мети студенти Буковинського державного медичного університету є активними учасниками предметних олімпіад, мовних і мовно-літературних конкурсів, лінгвістичних вернісажів, наукових читань, міждисциплінарних вікторин, круглих столів, інтелектуальних змагань, волонтерських і просвітницьких акцій, заходів, приурочених історичним подіям і пам'ятним датам тощо. В основу такого навчально-виховного процесу покладено філософсько-історичні, соціально-економічні, психологічно-педагогічні теорії та ідеї визначних українських корифеїв, педагогів-новаторів, представників сучасних наукових шкіл, світочів медицини, відомих письменників-лікарів.

Отже, збереження обов'язкового викладання суспільно-гуманітарних предметів відповідає сучасним завданням гуманітарної політики, що сприятиме утвердженню національної ідентичності громадян української держави, формуватиме висококваліфікованих фахівців медичної галузі, модернізує демократичні концепції у вишах, що сприятиме консолідації української національної спільноти.

Використані джерела

1. Вишневський О. Теоретичні основи сучасної української педагогіки. – Дрогобич: Коло, 2006. – 608 с.
2. Закон України «Про вищу освіту». URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/1556-18#Text>
3. Національна доктрина розвитку освіти. Указ Президента України від 17 квітня 2002 р. №347/2002//Дошкільне виховання. – 2002. – №7.
4. Ткач А. В. Грамотність лікаря – запорука успіху. – Освіта Буковини. – №24. – 27 червня 2018 року. – С. 3.

ДЕОНТОЛОГІЧНА ГОТОВНІСТЬ ФАХІВЦІВ СПЕЦІАЛЬНОСТІ 227 «ФІЗИЧНА ТЕРАПІЯ, ЕРГОТЕРАПІЯ»

*Канигіна Світлана Миколаївна, кандидат медичних наук, доцент,
Черепок Олександр Олексійович, кандидат медичних наук, асистент,
Пузік Світлана Григорівна, кандидат медичних наук, доцент,
Волох Наталя Генрихівна, асистент,
кафедра фізичної реабілітації, спортивної медицини,
фізичного виховання і здоров'я,
Запорізький державний медичний університет*

Сучасний погляд на деонтологічну готовність здобувачів першого (бакалаврського) та другого (магістерського) рівнів вищої освіти галузі знань 22 «Охорона здоров'я», спеціальності 227 «Фізична терапія, ерготерапія» має наступні складові: мотиваційно-ціннісну, когнітивну, особистісно-рефлексивну та поведінкову.

Мотиваційно-ціннісна складова деонтологічної готовності асистентів фізичного терапевта/ерготерапевта та фізичного терапевта/ерготерапевта включає в себе сукупність професійних ціннісних орієнтацій, внутрішніх уподобань, потреб, спонукань та особистісних інтересів, спрямованих на прагнення займатись відновною реабілітаційною діяльністю та взаємодіяти з об'єктами цієї діяльності на засадах деонтологічного підходу. Мотивація є рушійною силою для виникнення потреби у особистості «здійснювати будь-яку діяльність незалежно від прямого або непрямого зв'язку з будь-якою винагородою». Поєднання внутрішньої позитивної мотивації та цінностей особистості спрямовує майбутнього фахівця відноситися відповідально до навчання та усвідомлено готуватися до майбутньої професійної практичної діяльності.

Когнітивна складова передбачає засвоєння специфічних деонтологічних знань щодо морально-етичних норм та правил професійної поведінки асистента фізичного терапевта/ерготерапевта та фізичного терапевта/ерготерапевта при здійсненні всіх видів професійної практичної діяльності.

Відокремлення особистісно-рефлексивної складової обумовлене необхідністю розвитку професійно важливих якостей особистості асистента фізичного терапевта/ерготерапевта та фізичного терапевта/ерготерапевта, яка забезпечує усвідомлене та відповідальне ставлення до обраної професії і розкриває здатність особистості до самоаналізу своєї діяльності, поведінки та власних досягнень.

Поведінкова складова передбачає формування цілісної системи умінь та навичок здійснювати належну нормативну поведінку у ході професійної взаємодії асистента фізичного терапевта/ерготерапевта та фізичного терапевта/ерготерапевта з усіма учасниками реабілітаційного процесу, необхідністю тісної професійної взаємодії між усіма учасниками мультидисциплінарної команди, членами якої вони є, пацієнтами/клієнтами та членами їх сімей або особами, які ними опікуються.

В Запорізькому державному медичному університеті освітній процес ґрунтується на поєднанні медичних та педагогічних принципів. Систематичність, наочність та послідовність отриманих теоретичних знань поєднується з практичною і науковою складовою. Це забезпечує не тільки підготовку конкурентноспроможних професіоналів в області фізичної терапії, ерготерапії, а й дозволяє розвинути якості комунікабельності, швидко і самостійно приймати рішення, брати відповідальність на себе, плідно співпрацювати в мультидисциплінарній команді, безперервно підвищувати свій професійний рівень.

СОЦІАЛЬНО-ЕТИЧНІ, ДЕОНТОЛОГІЧНІ ТА ПРОФЕСІЙНО СПРЯМОВАНІ ПИТАННЯ ПІДГОТОВКИ ФАХІВЦІВ З ФІЗИЧНОЇ ТЕРАПІЇ

*Канигіна Світлана Миколаївна, кандидат медичних наук, доцент,
Черепок Олександр Олексійович, кандидат медичних наук, асистент,
Дац Дмитро Ігорович, асистент,
Івченко Анна Олексіївна, асистент,
кафедра фізичної реабілітації, спортивної медицини,
фізичного виховання і здоров'я,
Запорізький державний медичний університет*

Сучасна підготовка фахівців з фізичної терапії та ерготерапії здійснюється в галузі знань «Охорона здоров'я» і ґрунтується на засадах медичної етики та деонтології, з урахуванням соціальних норм та особливостей діяльності фахівців з відновного лікування.

Особливістю професійної діяльності фізичних терапевтів є відновлення частково або повністю втрачених функцій організму людини внаслідок хвороби, навичок самообслуговування і повернення пацієнта/клієнта до соціального середовища. Це пред'являє високі вимоги до професійних та особистісних якостей, які розкриваються крізь призму деонтологічного підходу. Етика та деонтологія виступають базовими складовими формування компетентного сучасного фахівця, здатного на високому професійному рівні виконувати свої професійні функції.

На підставі міжнародних етичних принципів та стандартів практичної діяльності у фізичній терапії, визначених World Confederation of Physical Therapy, Українською Асоціацією фізичної терапії розроблений Етичний кодекс та професійна поведінка фізичного терапевта в Україні. Він вимагає надавати якісні послуги фізичної терапії, уникати нанесення будь-якої шкоди, діяти в кращих інтересах пацієнта/клієнта, поважати особисту незалежність. Тобто, всі люди, які потребують послуг фізичного терапевта, мають право отримати їх, незважаючи на вік, стать, расу, національність, релігію або політичні переконання [1].

Пацієнт/клієнт має право на повагу своїх культурних цінностей, приватність, конфіденційність, на отримання відповідної інформації, достатньої для надання поінформованої згоди або відмови від послуг, на захист від надання надмірних послуг, на скерування до більш відповідного кваліфікованого фахівця, на подання скарг та отримання відповідей на них [1].

Успіх і плідна праця фізичного терапевта можлива лише у роботі в мультидисциплінарній команді, при тісній взаємодії фахівців медичної та педагогічної сфери. Отже, фізичний терапевт має право розраховувати на співпрацю з боку своїх колег.

Обов'язком фізичного терапевта є дотримання чинного законодавства України, яке регулює його професійну практичну діяльність. Фізичний терапевт повинен надавати якісні послуги пацієнту/ клієнту. Це забезпечується знанням затверджених стандартів професійної/практичної діяльності та гарантованим їх дотриманням.

Як фахівець галузі знань «Охорона здоров'я», фізичний терапевт повинен безперервно підвищувати рівень професійної діяльності, планувати особисту програму професійного розвитку здобуваючи нові знання та навички, не тільки в межах країни, а й за кордоном. Програма безперервного професійного розвитку, окрім тематичного удосконалення, обов'язково повинна включати участь у науково-практичних конференціях та обмін досвідом, адже це є запорукою сучасних знань та наукових розробок. Фізичний терапевт повинен особисто підтримувати науково-дослідницьку діяльність для покращення якості послуг, що надаються пацієнтам/клієнтам [1].

Отже, важливим завданням закладу вищої освіти є не тільки надання ґрунтовних знань щодо професійної практичної діяльності майбутнім фізичним терапевтам, а й формування професійної поведінки на принципах медичної етики та деонтології.

Список використаних джерел

1. Етичний кодекс та професійна поведінка фізичного терапевта в Україні. URL: <https://physrehab.org.ua/uk/members/code-of-ethics/>

ПРО ЗВ'ЯЗОК ЕМОЦІЙНОГО ЗДОРОВ'Я МОЛОДІ УКРАЇНИ З ВИБОРОМ ЗМІСТУ ОБОВ'ЯЗКОВОГО КОМПОНЕНТА НАЦІОНАЛЬНОЇ ОСВІТИ

*Корсак Костянтин Віталійович,
доктор філософських наук, професор,
ПВНЗ «Київський медичний університет»*

Помітні, невибачальні і безмежно прикрі випадки самогубств чи інших варіантів втрати життя молодими особами ще до початку свого дорослого життя пов'язані в Україні не тільки з передчасним і невмілим використанням автомобілів, а й з відсутністю знань про емоційні стани кожного Хомо та їх еволюцію від моменту народження аж до старості. Наш багаторічний аналіз праць Національної академії педагогічних наук України й ознайомлення з різними варіантами стандартів змісту обов'язкового навчання засвідчують традиційну неувагу всієї національної навчально-виховної сфери до надання дітям і молоді цілковито необхідних знань про закони діяльності головного мозку людини та її нервової системи в різні інтервали віку, зокрема, про роль емоційних спонукань до всіх видів нашої діяльності упродовж усього життя.

З фахових потреб виконання функцій професійного викладача і зрозумілих обов'язків виховання двох синів автор «завжди» шукав інформацію про емоційні стани людини, насамперед — про критичні (закоханість, любов, розпач і т.д.). Нижче ми викладемо тільки невелику частину знайденого, опрацьованого і неодноразово успішно використаного у житті. Пояснимо авторське ставлення до теми «кохання і любов» у сфері освіти, точніше, до способів надання особливо важливих знань з цієї теми учням і студентам. Ми виходимо з переконання необхідності порятунку сотень і тисяч життів, відчутно підвищивши рівень емоціонально-життєвої компетентності усього населення, якщо поставитися до включення в зміст навчання досягнень сучасних наук у вказаній темі на рівні обсягу часу, що передбачений у даний момент на виклад історії України чи екології.

Що найдоцільніше включити в обов'язкову частину подібних знань? Насамперед — сучасну інформацію про нейромолекулярну природу всіх важливих емоційних станів людини. Її значна частина досить «стара» і давно могла б потрапити у програми навчальних закладів усіх рівнів, якби у формуванні цих програм однаковою роль відігравали всі українські академії. На жаль, навіть у час спроби створення сучасної «Валеології» педагоги гордовито відмовилися від найменшого спілкування з науковцями-медиками. Не випадково цей унікально цікавий і перспективний проєкт зазнав повного краху. Та такого глибокого, що всі спроби відродити «Валеологію» викликають у багатьох осіб зі світу педагогіки і психології активний спротив.

Сконцентруємо надалі увагу на загальній інформації про стани закоханості і депресії. Насамперед коротко нагадаємо, що упродовж всієї біологічної еволюції нервових систем живих організмів відбувалося їх удосконалення від примітивної реакції на умови середовища зі спонуканням руху до «кращих умов» аж до появи досконалого і великого головного мозку як органу передбачення можливих подій в майбутньому і підготовки організму

для захисту від небезпек і кращого використання «приємного». В останні роки зростає (хоч і нерівномірно) можливість розшукати в Інтернеті цікаву інформацію на вказану тему в матеріалах з когнітології, етології, нейромолекулярної біології й інших наук, які в сукупності все точніше пояснюють обізаному Хомо, коли він грубо помиляється в успішності використання власного мозку для мислення, адже в конкретній ситуації керується успадкованими генетичними програмами, повторюючи дії не надто досконалого сучасного робота чи автоматизованого пілососа.

Одним з наслідків приблизно чотирьох мільярдів років розвитку життя на Землі (найбільш обґрунтована модель засвідчила його народження у «комфортному пеклі» на глибинах кількох кілометрів під впливом енергії потоку водню з ядра і мантії) сучасні Хомо отримали великий мозок з високими здібностями, але без доданої програми його правильного використання. У складі мозку є новітні системи, як кора, є набагато старші, серед яких існують одразу кілька структур, залучених до створення і використання емоційних станів більше від інших. Інформацію про них легко знайти не у шкільних підручниках, а в Інтернеті. Запропонуємо читачам авторський рис.1. Це спроба наближено відтворити зміни упродовж життя Хомо модуля інтенсивності збудження і активності діяльності того, що наближено можна назвати «системою задоволення» чи структурою для створення позитивних відчуттів і почуттів найрізноманітнішого плану

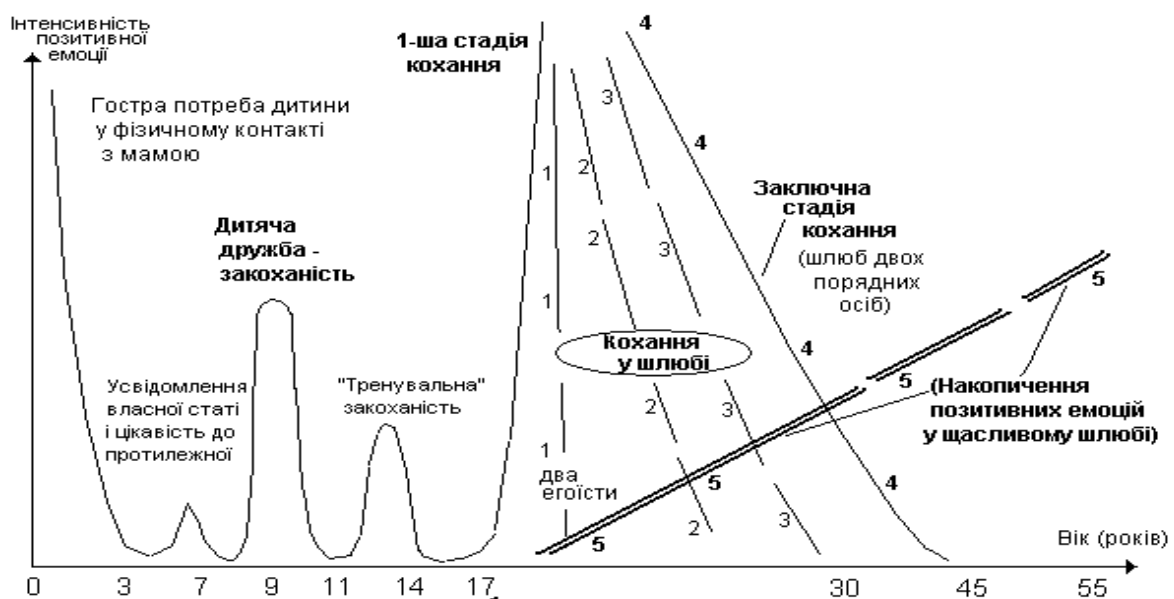


Рис. 1. Графік зміни з віком людини модуля емоцій love-плану

Хоч у виданнях старих енциклопедій з психології легко побачити хибні твердження про «появу у серці любові під впливом виділення адреналіну», але краще з витратою усього кількох хвилин відшукати в Інтернеті точнішу інформацію про головні частини «системи задоволення» разом з попередженням, що її тривала бездіяльність уводить Хомо в депресію.

До настання «віку кохання» система освіти могла б повідомити учням і студентам головну інформацію про природу емоційних станів людини та їх

значення в усіх видах життєдіяльності, насамперед, у процесі прийняття рішень. Автор завжди обирає у спілкуванні з молоддю не аналіз поведінки героїв казок і різних літературних творів, а наведення наукових фактів щодо законів Природи з використанням інфографічних засобів, подібних до рис. 1.

Наш графік не претендує на особливу точність, адже існує закон варіативності характеристик та індивідуального ритму розвитку кожної людини. Разом з тим, на ньому відтворені головні стадії життя і найбільші емоційні сплески. Перший з них являє собою гостру фізіологічну потребу немовляти у якомога частіших фізичних контактах з матір'ю, за відсутності яких неминучі розлади аж до хвороби, яку називають «госпіталізм».

Після «відділення» від мами та усвідомлення приналежності до певної статі йде у віці 6-7 років не надто тривалий період підвищеного зацікавлення особами протилежної статі. Набагато важливішим є наступний емоційний максимум, що відповідає формуванню дитячої дружби, яка у природній нормі передбачає ціложиттєву тривалість. У цей же період відбувається (насамперед – серед абсолютної більшості хлопчиків) формування територіального ієрархічного об'єднання. Як довели етологи, утворення подібних пірамідальних структур і формування між її членами глибокої дружби і довіри, що має подібну до стану закоханості молекулярну основу, гарантує єдність племені (чи іншого фундаментального об'єднання людей) і його спроможність успішно боротися з іншими племенами за життєвий простір і ресурси живлення.

У підлітковому віці на фон дитячої дружби накладається «тренувальне» захоплення особами протилежної статі, яке – це вже індивідуальне – може мати найрізноманітнішу інтенсивність емоціонального сприйняття і переживання. Труднощі для підлітків особливо значні з тієї простої причини, що саме у цей момент для ще не сформованого дорослого виключно важливим стає знак (позитивний чи негативний) ставлення з боку оточення – референтної групи ровесників, батьків і рідних, учителів та інших педагогічних працівників тощо. Все це ускладнюється буквально на порядок з тієї причини, що у роки «підліткової кризи» докорінно перебудовуються структури мало не 80% об'єму головного мозку, що робить його почасти дисфункціональним.

У старшій молоді з майже перебудованим, але ще не до кінця професіоналізованим головним мозком також вистачає власних проблем. Це «вік кохання», впродовж якого стан Ромео і Джульєтти — цілком нормальне і не таке вже й рідкісне явище. Рамки тез виключають детальні пояснення, до того ж, навіть повне оволодіння нейрофізіологічними відкриттями й етологічними знаннями не гарантує цілковито успішного подолання «підліткової кризи», вирішення будь-якої проблеми стосунків з особами протилежної статі, максимальну тривалість шлюбу, міцність сім'ї та ін. Безліч чинників і впливів впливають на Ромео і Джульєтту та їхні стосунки.

Як свідчить рис.1, інтенсивність позитивної емоції на вершині стану Ромео і Джульєтти близька до нескінченності. А от подальший розвиток подій після весілля і появи сім'ї визначається індивідуальними рисами її учасників. Наприклад, два переконаних егоїсти з такою запеклістю вміють створювати

один одному прикроші, великі й малі негативно-емоційні «поранення», що від справжнього кохання дуже швидко лишаються одні лише здивовані спогади.

Все кохання в цілому має наркотичну основу: на 1-ій стадії мозок створює і використовує речовини з групи ендорфінів, які викликають справжній «форсажний режим» усіх фізіологічних систем (за виключенням посилення аналітично-прогностичних спроможностей головного мозку). Роки спільного життя у шлюбі проходять під впливом «нефорсажних» речовин з групи опіатів: приємність стабільна, адаптація розтягується на роки, емоційні збурення перестають бути небезпечними. У житті найбільш поширені ті варіанти шлюбу, що відзначаються емоційною асиметрією його учасників, їх неспроможністю створювати партнеру виключно і лише позитивні емоції. Залежно від сили волі і терплячості того, хто більше страждає від негативних дій «другої половинки», відбувається ослаблення закоханості по лініях 2, 3 та інших подібних. Лише у разі об'єднання у шлюбі порядних людей тривалість кохання виявляється максимальною і сягає визначених природою меж – віку втрати фертильності. Мудра поведінка накопичує позитив й утримує шлюб.

Всі подібні та інші знання молодь має отримувати не завдяки методу «спроб і помилок», а якомога раніше на основі викладу законів Природи усередині системи формальної освіти, адже вся інформаційна сфера перебуває у стадії дуже інтенсивних змін і не є найкращим засобом формування у молоді хорошого загального інтелекту і високої життєвої компетентності.

КОМПЕТЕНТІСНИЙ ПІДХІД У ВИКЛАДАННІ ПЕДІАТРІЇ МАЙБУТНІМ ЛІКАРЯМ - ЛАБОРАНТАМ

*Пащенко Ірина Володимирівна, к.мед.н.,
доцент кафедри пропедевтики дитячих хвороб;*

*Круть Олександра Степанівна, к.мед.н.,
доцент кафедри пропедевтики дитячих хвороб;*

*Підкова Віра Ярославна, к.мед.н.,
доцент кафедри пропедевтики дитячих хвороб,
Запорізький державний медичний університет*

Процес передачі знань при викладанні клінічних медичних дисциплін повинен бути спрямований на створення мотивації вивчення контенту, формуванні навичок з уміння визначати стан здоров'я пацієнта, складання алгоритму клінічного обстеження і лікування хворого. Основою ефективності навчального процесу є формування у студентів певного набору, комплексу компетентностей, частина яких є ключовими для подальшої професійної діяльності. Аналіз сучасних наукових досліджень і публікацій з питань реформування освіти свідчить, що у сучасних умовах навчання потребує формування не просто звичайної інформованості студентів, а розвитку умінь вирішувати проблеми, які виникають у професійних і життєвих ситуаціях. Експерти програми “DeSeCo” визначають поняття компетентності (competency) як здатність успішно задовольняти індивідуальні та соціальні потреби, діяти й виконувати поставлені завдання. Кожна компетентність побудована на поєднанні взаємовідповідних пізнавальних ставлень і практичних навичок,

цінностей, емоцій, поведінкових компонентів, знань і вмій, всього того, що можна мобілізувати для активної дії.

Метою викладання педіатрії студентам-бакалаврам з спеціальності 224 «Технології медичної діагностики та лікування» є формування професійних компетенцій з діагностики хвороб дитячого віку. Цей процес відбувається у складних сучасних умовах комбінації аудиторних занять і часткового дистанційного навчання, що потребує використання багатьох різноманітних методів і підходів. На кафедрі пропедевтики дитячих хвороб ЗДМУ організований навчальний процес з використанням мультимедійних презентацій на лекціях і практичних заняттях, тестів різного рівня складності, ситуаційних задач з аналізом клінічних помилок, навчальних відеофільмів, завдань для самостійної роботи студентів.

Задачею викладача є оптимізація учбового процесу для мотивації формування професійних компетенцій при вивченні педіатрії студентами. Компетентнісний підхід до навчання передбачає як інформаційну компетентність з оволодінням джерел інформації і нових технологій, так і формування особистісно орієнтованого підходу студентів до засвоєння знань і оволодіння практичними навичками. При цьому особливу роль відіграє мотивація студентів до засвоєння навчального матеріалу і внутрішня мотивація студента підготовки до майбутньої професійної діяльності.

Важливим аспектом формування компетентностей є ефективне та творче застосування вже набутих на теоретичних кафедрах знань, формування навиків аналізу знань, отриманих з різних джерел інформації, розвиток комунікативних здібностей, набуття досвіду самоконтролю і створення ситуації успіху. Для покращення підготовки студентів використовувався цілий ряд факторів для сприяння формування у студентів позитивного пізнавального мотиву: усвідомлення теоретичної і практичної значимості засвоєваних знань; вибір завдань, які створюють проблемні ситуації при вирішенні задачі; професійна спрямованість навчальної діяльності; спонукання до самовдосконалення і самореалізації; усвідомлення кінцевих цілей навчання.

У навчання майбутніх лікарів, на нашу думку, необхідно включати також питання здоров'язберігаючих компетенцій, які деталізуються в комплексі знань, вмій, цінностей. Тому на практичних заняттях з педіатрії приділялась увага перевагам природного вигодовування дітей раннього віку, питанням здорового харчування, важливості своєчасної специфічної профілактики інфекційних хвороб шляхом вакцинації. У професійні компетенції майбутніх лікарів-лаборантів включено засвоєння принципів надання невідкладної медичної допомоги дітям.

Встановлено, що методика вивчення патології дитячого віку з використанням когнітивної візуалізації та проблемно-орієнтовного підходу підвищувала мотивацію студентів в засвоєнні теоретичних знань і формуванні професійних компетенцій. Для підвищення мотивації формування професійних компетенцій необхідне комплексне впровадження інноваційних інформаційних та інтерактивних технологій і збереження кращих традицій клінічної практики.

Таким чином, формування ключових компетентностей при викладанні клінічних дисциплін студентам-медикам потребує от викладача пошуку нових

форм організації навчально-пізнавальної діяльності. Тільки комплексний підхід до організації навчального процесу здатен забезпечити високий рівень компетентності майбутніх лікарів. Використання компетентнісного підходу дає можливість здійснювати навчання спеціаліста на всіх рівнях освіти, що забезпечує високий рівень розвитку особистості і професійних досягнень.

ПРО ДЕЯКІ АСПЕКТИ ФОРМУВАННЯ СВІТОГЛЯДУ У СТУДЕНТІВ ЗА УМОВИ СУЧАСНИХ ВИМОГ

*Савельєв Валерій Григорович, к.мед.н.,
доцент кафедри інфекційних хвороб,
Рябокоть Олена Вячеславівна, д.мед.н.,
професор кафедри інфекційних хвороб,*

*Фурик Олена Олександрівна, к.мед.н, доцент кафедри інфекційних хвороб, Ялова
Галина Василівна, асистент кафедри інфекційних хвороб,
Рябокоть Юрій Юрійович, д.мед.н.,
професор кафедри дитячих інфекційних хвороб,
Запорізький державний медичний університет*

Світогляд – це загальне розуміння світу, людини, суспільства, що визначає соціально-політичну, філософську, релігійну, моральну, естетичну, науково-теоретичну орієнтацію людини. Існують три основні типи світогляду – житейський, філософський та релігійний. Всі ці типи світогляду виявляють деяку єдність, охоплюючи певне коло питань, наприклад, як дух співвідноситься з матерією, що таке людина та яке її місце у загальному взаємозв'язку явищ світу, як людина пізнає дійсність, що таке добро та зло, за якими законами розвивається людське суспільство.

Гносеологічна структура філософського світогляду утворюється в результаті узагальнення природно-наукових, соціально-історичних, психічних та філософських знань. Людина утверджує себе в предметному світі не тільки за допомогою мислення, але й завдяки всім своїм пізнавальним здібностям. Для світогляду характерна більш висока інтеграція знань, ніж у загальній картині світу, і наявність не лише інтелектуального, але й емоційно цілісного відношення людини до світу. Філософський світогляд перетерпів декілька етапів свого розвитку. Західні вчені виділяють 4 етапи: предмеханічний детермінізм, механічний, біопсихічний і, нарешті, соціопсихічний детермінізми. Первинним при соціопсихічному детермінізмі виявляється соціальний процес, похідним – зовнішній та внутрішній аспекти людини. Знання та розуміння філософських поглядів на різних етапах розвитку людства допомагає студенту з наукових позицій оцінювати різноманітність життєвих процесів та орієнтуватися в них. Не менш важливим в формуванні світогляду у студентів є житейський та соціально-політичний світогляди. Наприклад, Україна, що розташована у самому центрі Європи та володіє потужним інтелектуальним потенціалом, має талановитий та працьовитий народ, поки що не входить до групи могутніх Європейських держав. Однією з причин цієї ситуації, на наш погляд, є роз'єднування народу різними світоглядами. Одні (на сході) відчувають потяг до слов'янських коренів та Росії, інші (на заході) – до

європейських цінностей. Одні вже отримали урок. Росія проявила себе як імперська держава і доволі жорстко відстоює капіталістичні та національні інтереси, що певно вплинуло на східне населення України. Інші (на заході) ще знаходяться в ейфорії. Однак Європа також жорстко проявляє свою прагматичність по відношенню до нашої країни. У зв'язку з цим викладачі учбових закладів повинні формувати у студентів перш за все любов до своєї Батьківщини, почуття гордості та власної гідності. Студентам необхідно прищепити віру в свої сили, показати перевагу нашого характеру, наших здібностей і, що найбільш важливо, перевагу нашої духовності.

Український народ – це духовна нація, талановита, добра, працьовита з красивою мелодійною мовою, з великим потенціалом економічного росту. Для вирішення поставленої цілі Україна повинна виховувати високоосвічених студентів. У зв'язку з цим освіта в нашій країні повинна бути більш ніж конкурентноспроможною. Система освіти, що побудована на уніфікації, диференціальній психології та тестології, не сприяє включенню різних факторів мислення – логічного, аналітичного, емоційно-психічного та ін. У зв'язку з цим, при формуванні світогляду у студентів викладачі повинні обов'язково використовувати методи педагогіки, що включали би всі функції мислення.

АНГЛІЙСЬКА МОВА У СИСТЕМІ ОСВІТИ УКРАЇНИ В МИНУЛОМУ І МАЙБУТНЬОМУ

Ляшенко Лариса Миколаївна,

кандидат педагогічних наук, доцент,

Київський національний університет імені Тараса Шевченка

У природних умовах еволюція від попередників людини до самої людини формувала великий і складний за структурою головний мозок, що працював з безперервним потоком візуальних одиниць і супровідних аудіо- та інших сигналів. Не потрібно було запам'ятовувати вигляд географічних карт з обрисами десятків держав, безлічі дат історичних подій, назв і властивостей частин тіла людини чи багатьох фармацевтичних препаратів. Наслідком стала легкість утримування інформації у візуально-просторовій системі й слабкий розвиток «детально-фотографічної» частини нашої пам'яті. А от у недавньому минулому й навіть зараз у сучасній системі вищої професійної освіти домінує потреба використовувати саме цю найменш розвинену частину пам'яті, яку містить наш мозок. Щоправда, технологічний прогрес дуже наблизив нас усіх до того рубікону, коли час на пригадування чогось буде помітно меншим від тривалості пошуку потрібного в Інтернеті.

Це дуже полегшить працю тих, кому буде важливою довідкова інформація, але не викладачам англійської чи іншої мови та студентам, які прагнуть оволодіти розмовною компетентністю. Сьогодні відзначається тим, що в Україні й світі семантичним лідером стала англійська мова, тому навіть у системі репетиторських послуг вона набагато випереджає не тільки математику, а всі природничо-математичні науки разом узяті.

Не будемо заглиблюватися у пояснення того, як у процесі поширення Homo Sapiens Sapienses зі своєї «калахарської» чи «ефіопської» колиски з

«колискової» мови досить швидко виникали все нові й нові, що мали все менше і менше спільного між собою. Та були поодинокі спроби, зокрема в античній Македонії, де Алексарх не тільки заснував Уранополіс (Місто неба) для прибульців з усіх усюд, а й спробував створити якусь «спільну мову», яка, однак, виявилася тимчасовим феноменом і не залишила значного сліду у грецькій історії та культурі (https://uk.wikipedia.org/wiki/Міжнародна_мова).

У подальшій еволюції народів і культур легко помітити факт появи універсальних мов під впливом серйозних потреб і чинників. Математики світу використовують одну й ту ж саму універсальну фахову мову для запису безлічі своїх формул і рівнянь. Так само чинять музиканти, а латина й зараз є майже універсальною мовою для фармацевтів і біологів у разі потреби запису фахових термінів. Та група головних і найбільш поширених міжнародних мов стала наслідком запеклих змагань Риму, Португалії, Іспанії, Франції, Британії та Росії у створенні низки колоніальних імперій.

Переходячи до питання стратегії іншомовної освіти в сучасній Україні, використаємо нові дані про недавню еволюцію поширеності кількох міжнародних мов (рис. 1 створений нами на основі багатьох кольорових схем з різних джерел). Серед п'яти вказаних мов тільки німецька завдячує поширеністю не колоніальним загарбанням, а національному науково-освітньому комплексу. Ще на початку XIX ст. вона мала мізерний вплив і була майже непомітною на міжнародній арені.

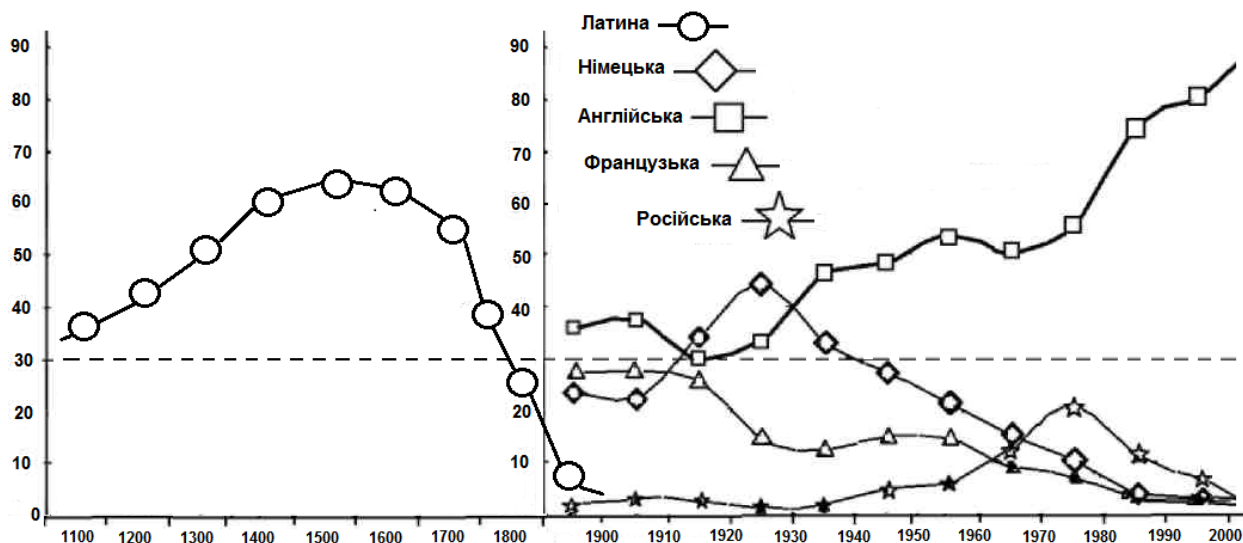


Рис. 1. Еволюція освітньо-наукової застосовності міжнародних мов за останнє тисячоліття

Але для обслуговування потреб індустріального суспільства, яке виникало в Німеччині, відомий науковець з філології і філософії Вільгельм фон Гумбольдт під час виконання функцій міністра освіти Пруссії рішуче реформував систему освіти і винайшов Берлінський дослідницький університет. У ньому від завбачливо поєднав кращих науковців-дослідників, найздібнішу молодь і майстрів-ремісників світового рівня. Створення багатьох копій Берлінського університету привело до того, що остання третина XIX

століття виявилася «німецькою» не тільки в філософії, а й у всіх точних науках і в технологіях. Для швидкого досягнення світового визнання молоді вчені мріяли опублікуватися в будь-якому з німецьких академічних видань (цьому не завадила навіть I світова війна, що й засвідчує пік на графіку для німецької мови на рис.1). А подальший занепад мав причиною зміну політичного устрою Німеччини – прихід до абсолютної влади «рятівника нації» Адольфа Гітлера.

Антисемітизм ми вважаємо головною причиною занепаду німецької мови і несподіване швидке піднесення поширеності в науках і культурі англійської мови. Відбулася масова міграція кращих у світі німецькомовних та інших науковців у США, що одразу вивело англійську мову в сфері точних наук і високих виробничих технологій у світові лідери. А от піднесення російської мови виявилось тимчасовим і пов'язаним з ракетно-ядерним змаганням між США і СРСР. Після грандіозного радянського успіху в «космічних перегонках» на початку 1960-х років США проголосили програму прискореного розвитку освіти й наук та виділили великі кошти на переклад усіх радянських природничих та інженерних видань. У результаті цілком несподівано для себе майже всі науковці Заходу, Далекого Сходу і держав третього світу знайомилися зі станом і досягненнями радянської науки з американських джерел. Серед наслідків доцільно вказати на те, що набагато посилювався потік абітурієнтів-іноземців у радянські університети та інститути.

Подальше зростання впливу англійської мови мало в своїй основі швидкий економічний і науковий занепад СРСР, з якого «вирвалися на волю» багато науковців-євреїв, а також швидке удосконалення інформаційно-комп'ютерної техніки, яке з ідеологічних міркувань не підтримало радянське керівництво, але сповна використали США. У своїх порівняльно-педагогічних дослідженнях ми звернули увагу на використання усіма країнами Скандинавії інтенсифікації викладання англійської мови для технологічного прогресу та примноження своїх успіхів на світових ринках. Тому ми настійно пропонуємо активне запозичення цього досвіду в Україні. У першу чергу Швеції і Фінляндії. Перша відзначилася успіхами в професійному вдосконаленні викладачів англійської мови й тиражуванні англомовних наукових видань, а друга – у витісненні російської мови з позиції лідера серед іноземних мов.

Наближаючись до завершення тез, висловимо аналітичні міркування про подальшу долю англійської мови як міжнародної. Як свідчить рис.1, вона вже досягла максимуму поширення в науковому світі та в технологічній сфері. Але у буденному житті їй дуже далеко до статусу універсальної мови, на якій міркує все населення планети.

Набагато позитивнішим у віддаленій перспективі ми вважаємо прогрес в інформаційній техніці, яка спромоглася досягти рівня створення «Штучного інтелекту» у варіанті досконалих програм для суперкомп'ютерів і майже досконалих невеликих «гаджетів» з автоматичним перекладом в групі основних світових мов. Радимо звернути особливу увагу на потік нової інформації про вдосконалення Штучного інтелекту до рівня ідеального синхронного перекладача і захисника мало не всіх рідкісних мов. Цитуємо (з URL: <https://internetua.com/novy-i-iskusstvennyi-intellekt-facebook-moj-et-izucsat-recs-bez-pomosxi-luadei>):

«Сучасні системи розпізнавання мови навчаються на аудіозаписах розмов та їх текстових розшифровках. Їх пишуть вручну люди. Це довга і нудна праця, оскільки для тренування штучного інтелекту потрібна величезна кількість навчального матеріалу. Нова система Facebook під назвою Wav2vec-U дозволяє цього уникнути. Штучний інтелект вчиться розпізнавати мову без будь-яких розшифровок. Досить «згодувати» йому аудіозапис мови і текст, написаний тією ж мовою. Аудіо й текст можуть бути ніяк не пов'язані один з одним. Далі генеративно-змагальна мережа багаторазово «проганяє» мовні зразки, поки сама не знайде відповідності між звуковими поєднаннями і словами. Це по-справжньому проривна технологія, що дає змогу навчати ШІ розпізнаванню навіть дуже рідкісних мов. В рамках випробувань інженери Facebook навчили систему розуміти суахілі, киргизьку і кримськотатарську мови. Для навчання кожної потрібно близько 10 годин записаної мови і 3000 рядків тексту». У даний момент Ілон Маск нарощує свою систему глобального космічного зв'язку так швидко, що її поєднання з Wav2vec-U невдовзі дасть змогу усім землянам спілкуватися і разом вирішувати проблеми ліквідації голоду та подолання екологічних й інших загроз.

АКТУАЛІЗАЦІЯ ВИХОВНОГО ПОТЕНЦІАЛУ ІСТОРИЧНОЇ ПАМ'ЯТІ В СИСТЕМІ ПІСЛЯДИПЛОМНОЇ МЕДИЧНОЇ ОСВІТИ ЯК ВІДПОВІДЬ НА ВИКЛИКИ СУЧАСНОСТІ

*Касьянова Олена Миколаївна, доктор педагогічних наук, професор,
професор кафедри педагогіки, філософії та мовної підготовки,
Корж Ганна Вікторівна, кандидат філософських наук,
доцент кафедри педагогіки, філософії та мовної підготовки,
Харківська медична академія післядипломної освіти*

Трансформація системи охорони здоров'я висуває підвищені вимоги до підготовки наукових кадрів, залучення до наукових досліджень талановитої молоді, виховання в неї методологічної та світоглядної культури, патріотизму, національної самосвідомості. В добу бурхливого розвитку науки і передових технологій, освіта і наукові традиції стають найважливішими чинниками збереження людського буття, культурного різноманіття, «смислу і призначення історії» (К.Ясперс).

Проблема прискорення постіндустріальних змін в сучасному нам світі посилює увагу професійної спільноти лікарів, науковців і громадськості до академічної культури, збереження історичної пам'яті. Традиція – це об'єктивна духовна структура і більш-менш стійка форма історичного досвіду. Конкретна культура (світова, національна, професійна) не буває тільки сучасною. Світ, будучи тільки сучасним, є реальністю без змісту, він має тільки інформацію, яка не містить моральних смислів, не супроводжується естетичними переживаннями. Цілком слушно зауважується у журналі «Філософська думка» у зверненні до читачів, що «світ без глибини потенційного ... плаский» [0, с. 4]. У цьому зв'язку має сенс нагадати, що медична освіта в Україні має давні і славні традиції. Медичні заклади в Україні завжди були осередками освіти і науки, культури і духовності. В історії нашої країни розвиток освіти і

освіченості, самоуправління, благодійної діяльності і медичного знання сприяв становленню академічної традиції та європейської форми життя. Отже, у сучасних цивілізаційно ускладнених контекстах вирішення питань медичної освіти неможливе без осмислення її людинотворчого і культуротворчого потенціалу, збереження академічної традиції, усвідомлення громадянами, представниками медичних закладів та вишів глибини матеріальних і духовних цінностей.

Швидкий розвиток соціальних та біомедичних технологій, завдання забезпечення захисту індивідуального і суспільного здоров'я висуває особливі вимоги до фахової та гуманітарної (педагогічної, філософсько-методологічної, мовної) підготовки науковців-лікарів, здобувачів вищої освіти ступеня доктор філософії. За майже сторічну історію свого існування у Харківській медичній академії післядипломної освіти збережені традиції та закладені нові підвалини у підготовці здобувачів вищої освіти ступеня доктор філософії на засадах науковості, академічної чесності, гуманізму.

Сучасна молода генерація лікарів-науковців (аспірантів) має високий рівень теоретико-методологічної та практичної підготовки; лікарі легко використовують у щоденній роботі сучасне діагностичне обладнання, володіють на високому рівні мовою, мовленнєвою та комунікативними компетенціями. Як правило, більшість аспірантів не налаштовані на споживання вже готових смислів і світоглядних настанов, проте виявляють розуміння завдань сучасної науки і складність морально-етичної проблематики, демонструють своє особисте ставлення до них, розглядають наукові і світоглядно-філософські проблеми в загальному контексті міждисциплінарних підходів, вміють порівнювати і оцінювати різні наукові підходи, виявляти проблеми, виникаючі суперечності і перспективи.

Можна констатувати, що в цілому аспіранти готові до теоретичних і прикладних наукових досліджень (академічно наукової, науково-технічної та інноваційної діяльності). Додамо також, що високий рівень знань аспірантів у галузі історії, культури, релігії складає «базу» для розуміння сучасних наукових і культурологічних концепцій, осмислення як втрачених, так й віднайдених можливостей.

Підготовка здобувачів вищої освіти ступеня доктор філософії здійснюється з урахуванням кращого вітчизняного та іноземного досвіду, все більше наповнюється практичним змістом. Враховуючи завдання формування цілісної системи знань у здобувачів наукового ступеня «доктор філософії» і світоглядну функцію філософії, на заняттях варто використовувати пошуковий метод, наукові методи абстрагування, моделювання, аналогії та мисленевого (уявного) експерименту, уявного діалогу, акцентувати увагу на виявленні внутрішньо- й міждисциплінарних зв'язків філософії науки. Застосування інтерактивних методів навчання у суб'єкт-суб'єктній взаємодії (викладач-аспіранти) дозволяє 1) залучити колективні знання і досвід – філософський, науковий, професійний; 2) розширити коло думок, посилити аргументацію; 3) більш глибоко зрозуміти важливість поставленої філософської проблематики; 4) визначати зміст і темп викладу навчального матеріалу з

урахуванням особливості аудиторії. На заняттях теоретичний матеріал лекції та приклади для його демонстрації мають бути актуальні та зрозумілі для аспірантів, пов'язані з науковою, професійною діяльністю молодих дослідників, морально-етичною проблематикою. У бесідах та полеміці на заняттях у кліматі взаємної довіри варто враховувати розмаїття думок та ідей; педагогічна майстерність викладача створює можливості аспірантам самостійно прийти до висновків і узагальнень, тим самим привернути увагу до найбільш важливих питань науки, філософії, культури.

Список використаних джерел

1. До читачів // Філософська думка. – 2013. - № 6. – С. 4.

ШЛЯХИ ПОКРАЩЕННЯ ПІДГОТОВКИ ЛІКАРІВ-ІНТЕРНІВ ДИТЯЧИХ ХІРУРГІВ ПІД ЧАС БАЗОВОГО ЦИКЛУ ІНТЕРНАТУРИ

*Корнієнко Григорій Васильович, к. мед. н., асистент кафедри дитячих хвороб,
Дмитряков Валерій Олександрович, д. мед.н.,
професор кафедри дитячих хвороб,
Запорізький державний медичний університет*

Анотація. Проведено аналіз проблем базового циклу інтернатури за спеціальністю «Дитяча хірургія», які можуть впливати на якість підготовки лікарів-інтернів дитячих хірургів. Означені шляхи покращення професійної підготовки лікарів-інтернів. Оптимальний варіант вирішення проблеми – університетська клініка, що має в своєму складі дитячі хірургічні відділення.

Ключові слова: дитяча хірургія, інтернатура, базовий цикл.

WAYS TO IMPROVE THE TRAINING OF PEDIATRIC SURGEONS DURING THE BASIC INTERNSHIP CYCLE

Kornienko G.V., Dmitryakov V.O.

Abstract. An analysis of the problems of the basic cycle of internships in the specialty "Pediatric Surgery", which may affect the quality of training of interns of pediatric surgeons, was carried out. Ways to improve the training of interns are identified. The best option for solving the problem is a university clinic with pediatric surgical departments.

Key words: pediatric surgery, internship, basic cycle.

На жаль змушені констатувати, що на даний час має місце відставання медичної освіти в Україні від світового рівня. Незважаючи на те, що Україна ще 19 травня 2005 року (м. Берген, Норвегія) приєдналася до Болонського процесу, якість медичної освіти в нашій країні ще далека від загальноєвропейської. Низька затребуваність наших спеціалістів за кордоном. Ті лікарі, які виїжджають у країни Європи, як правило, з трудом знаходять роботу за спеціальністю, повинні підтверджувати свої медичні знання, що вдається далеко не усім. Деякі вимушені змінювати спеціальність. Звідси нагальна потреба підвищити рівень медичної освіти в країні, що обов'язково призведе також до покращення надання медичної допомоги її населенню.

Хочемо звернути увагу на проблеми післядипломної освіти лікарів-інтернів хірургічного профілю, зокрема – майбутніх дитячих хірургів.

Базовим документом, на основі якого здійснюється підготовка дитячого хірурга є «Навчальний план та програма циклу інтернатури за спеціальністю «Дитяча хірургія»» (МОЗ України, 2013 р.). Згідно цієї Програми підготовки «Основною метою та завданням інтернатури з дитячої хірургії є набуття та вдосконалення професійних навичок з основних розділів дитячої хірургії, вивчення клініки та діагностики дитячих хірургічних захворювань, методів консервативного та оперативного лікування у дітей, готовності до самостійної лікарської роботи» [2, с.6].

Інтернатура проводиться в очно-заочній формі навчання на кафедрі дитячих хвороб факультету післядипломної освіти (курс дитячої хірургії) Запорізького ДМУ та стажування, головним чином, в базових установах охорони здоров'я м. Запоріжжя: КНП «Запорізька обласна клінічна дитяча лікарня» ЗОР та КНП «Міська дитяча лікарня №5» ЗМР. Вузькі цикли проводяться в лікарнях міста на суміжних кафедрах. Програмою підготовки протягом трирічного періоду (36 місяців) інтернатури передбачено: 12 місяців навчання на кафедрі дитячих хвороб (курс дитячої хірургії) та суміжних кафедрах і 21 місяць стажування в базових лікарнях. Термін практичної підготовки в базових відділеннях лікарень з кожним роком збільшується – перший рік 5 місяців, другий рік – 7, а третій рік – 9 місяців.

Наприкінці минулого року МОЗ запропонована для обговорення «Примірна Програма підготовки в інтернатурі за спеціальністю «Дитяча хірургія»», в якій термін практичної підготовки лікарів-інтернів, тобто їх робота в базових лікарнях, збільшиться до 24 місяців за три роки (по 8 місяців кожного року).

Загальновідомо також, що за період трирічної інтернатури майбутній дитячий хірург практичні навички і вміння набуває, головним чином, працюючи у відділеннях базової лікарні.

І тут є проблеми, які хочемо розглянути в даній статті і запропонувати шляхи їх вирішення.

Річ у тому, що Програма підготовки майбутніх дитячих хірургів (діюча і запропонована) розраховані головним чином на очний період навчання, тоді як заочному, базовому циклу підготовки приділяється, на наш погляд, недостатня увага. І це при тому, що термін перебування інтерна в базовій лікарні, як було зазначено, із року в рік збільшується. Щоб залагодити цю прогалину, ми ще в 2014 році видали методичні рекомендації – «Організація інтернатури з дитячої хірургії на базі стажування» [3, с.1-20], які полегшили роботу керівників лікарів-інтернів дитячих хірургів у базових установах охорони здоров'я, але не змогли вирішити всі наявні проблеми.

Хочемо на них зупинитись і проаналізувати.

1. Медична реформа в Україні, яка на даний час задіяла надання медичної допомоги в стаціонарах комунальних установ практичної охорони здоров'я, не передбачає реформування навчального процесу для випускників медичних ЗВО, які проходять базову частину інтернатури. Позитивним є тільки

те, що молоді лікарі мають можливість, будучи свідками реформаторських змін, безпосередньо знайомитись з умовами праці лікаря дитячого хірурга, які їх чекають після закінчення інтернатури.

2. Недостатня зацікавленість керівників заочного циклу підготовки лікарів-інтернів дитячих хірургів у проведенні навчального процесу. Як показує практика і результати перевірок баз підготовки, керівники інтернів на базі більше переймаються роботою своїх відділень, своїми функціональними обов'язками, ніж навчанням майбутніх дитячих хірургів. Вони часто недостатньо ознайомлені з Програмою підготовки лікарів-інтернів, особливо в практичній її частині. Нерідко розглядають молодих лікарів, як додаткову робочу силу, яку використовують, знову таки, тільки для вирішення функціональних проблем відділення лікарні. Тобто, інтереси і запити завідуючого відділенням (який і є безпосереднім керівником інтернів) і лікарів-інтернів далеко не завжди співпадають, що не може не позначатися на якості професійної підготовки майбутнього дитячого хірурга.

3. Відсутні правові важелі, які зобов'язують безпосереднього базового керівника лікаря-інтерна приділяти максимум уваги практичній підготовці молодого лікаря. Таким керівником зазвичай є завідуючий профільним хірургічним відділенням, або один з його ординаторів. Добре, якщо лікар-практик одночасно є і хорошим вчителем, який вмів і з бажанням передає свій професійний досвід майбутньому хірургу. Але може бути і навпаки. Можна сказати, що Програма підготовки вказує на те «Як треба!» готувати дитячого хірурга, а базова установа робить це «Як може!» або «Як хоче!».

Міжособистісні відносини, які склались між хірургом початківцем і досвідченим дитячим хірургом виявляються визначальними у створенні умов для практичного зростання лікаря-інтерна. Не є секретом, що рівень готовності молодого дитячого хірурга до самостійної практичної роботи, вже після завершення навчання в інтернатурі, часто залишає бажати кращого. Рекомендований перелік практичних навичок та оперативних втручань, а також рівень їх засвоєння, не завжди буває виконаний повністю.

4. Зліквідоване матеріальне заохочення базових керівників, яке свого часу було стимулом для проведення навчального процесу заочної частини інтернатури. Рівень матеріального стимулювання визначався кількістю лікарів-інтернів у відділенні. В даний час багато що залежить від ентузіазму і альтруїзму керівника, а також від психологічної сумісності між завідуючим відділення та інтернами.

Враховуючи вказані проблеми та труднощі, які виникають під час роботи лікарів-інтернів дитячих хірургів у відділеннях базової лікарні, маємо нагоду викласти свої пропозиції відносно подолання цих проблем і шляхи покращення підготовки лікарів-інтернів під час базового циклу інтернатури.

1. Кожен базовий керівник лікарів-інтернів дитячих хірургів повинен знати Програму підготовки по інтернатурі за спеціальністю «Дитяча хірургія», особливо розділи по практичній підготовці майбутніх хірургів. Для полегшення організації навчального процесу він може користуватися методичними рекомендаціями кафедри – «Організація інтернатури з дитячої хірургії на базі стажування» (2014).

2. Зобов'язати базових керівників закладів охорони здоров'я виконувати умови договору навчання лікарів-інтернів дитячих хірургів безпосередньо під час заочного періоду навчання.

3. На перших організаційних зборах з інтернами першого року навчання важлива присутність як керівників інтернатури від кафедри дитячих хвороб, так і базових керівників головних базових установ.

4. Здійснюючи комісійну перевірку роботи базових лікарень під час навчального процесу бажано включати в склад комісії як представника від ЗВО, так і від Департаменту ОЗ.

5. Розглянути можливість фінансового стимулювання співробітників комунальних закладів практичної охорони здоров'я, які причетні до керівництва лікарями-інтернами дитячими хірургами під час базового циклу інтернатури.

6. Надати рекомендації, під час громадського обговорення «Примірної Програми підготовки в інтернатурі за спеціальністю «Дитяча хірургія»», щоби в новій Програмі було приділено належну увагу питанням післядипломної освіти лікарів-інтернів дитячих хірургів і зокрема – питанням базового циклу навчання.

7. На наш погляд, оптимальним варіантом вирішення проблеми підготовки лікарів-інтернів дитячих хірургів під час заочного (базового) циклу навчання має бути університетська клініка, яка має у своєму складі дитячі хірургічні відділення [1, с. 454].

Список використаних джерел

1. Корнієнко Г.В., Дмитряков В.О., Скалозубов М.О. Деякі проблеми базового циклу інтернатури по дитячій хірургії // Матеріали Всеукраїнської навчально-наукової конференції з міжнародною участю «Досягнення і перспективи впровадження кредитно-модульної системи організації навчального процесу у вищих медичних (фармацевтичних) навчальних закладах України» (частина 2). – Тернопіль, 2014. – С. 452-454.

2. Навчальний план та програма циклу інтернатури за спеціальністю «Дитяча хірургія» МОЗ України, Київ, 2013. – С. 6.

3. Організація інтернатури з дитячої хірургії на базі стажування / Методичні рекомендації для керівників лікарів-інтернів за фахом «Дитяча хірургія» – Запоріжжя, 2014. – С.1-20.

ПУБЛІЧНЕ МОВЛЕННЯ ЯК ПОКАЗНИК КОМУНІКАТИВНОЇ КОМПЕТЕНТНОСТІ МАЙБУТЬОГО ЛІКАРЯ

*Федько Ольга Юріївна, к. філол. н.,
ст. викладач кафедри культурології та українознавства,
Запорізький державний медичний університет*

У сучасній гуманітаристиці публічне мовлення визначають як «виступ перед аудиторією з метою впливу на неї» [3, с. 196]. З цієї дефініції випливає особливе значення комунікативної компетентності майбутнього лікаря, адже непорозуміння між учасниками у системі «лікар – пацієнт» може призвести до погіршення стану останнього. Л. Пиріг у монографії «Медицина і українське

суспільство» наголошує на актуальності проблеми вдосконалення комунікативних навичок і особливому характері спілкування між медичним працівником і хворим: «Сьогодні немає іншої професії, яка б вимагала такого інтимно-проникливого контакту, такої духовної та душевної близькості фахівця з людиною, як професія лікаря, яка передбачає прямий контакт з людиною як особистістю, коли наслідком такого контакту є не реалізація формальної послуги, а духовно-емоційний та пізнавальний зв'язок» [2, с. 7].

З огляду на тенденцію до збереження гуманістичних принципів медицини, мовна підготовка студентів «здійснюється з усвідомленням, що лікар не тільки має володіти мовою фаху в першу чергу на термінологічному рівні, а і є представником професії “людина – людина”, що передбачає постійну комунікацію з пацієнтами» [1, с. 56]. З метою підготовки студентів до публічного мовлення у рамках курсу «Українська мова (за професійним спрямуванням)» у ЗДМУ вивчаються основні теоретичні засади належного структурування доповіді, етикету [див.: 3, с. 153–209] та вдосконалюються комунікативні навички студентів за допомогою завдань практичного характеру: укладання діалогів та монологів, виголошення доповідей. Значну роль відіграє усна частина іспиту з дисципліни, яка дає можливість оцінити мовлення студента у стресовій ситуації, вміння систематизувати вивчену раніше інформацію, формулювати власну думку, бути переконливим оратором. Під час оцінки комунікативної компетентності оцінюються всі її елементи: «гностичний (система знань про сутність, структуру, функції та особливості спілкування; знання про стилі спілкування; творче мислення та ін.); когнітивний (загальні та спеціальні комунікативні уміння, які дозволяють успішно встановити контакт із співрозмовником; перцептивні здібності); виконавський (уміння та навички вести діалог); емоційний (гуманістична установка на спілкування, інтерес до іншої людини, готовність взаємодіяти з іншою людиною, високий рівень емпатії та рефлексії)» [4, с. 99].

Отже, належний рівень публічного мовлення майбутнього лікаря у різних професійних комунікативних ситуаціях, база якого закладається під час вивчення дисципліни «Українська мова (за професійним спрямуванням)», має забезпечити повноцінний обмін інформацією між медичними працівниками і пацієнтами та сприйняття останніми рекомендацій щодо лікування. Володіння студентами нормами етикету професійної комунікації набуває особливого значення у період карантину, позаяк частина консультацій відбувається дистанційно, зокрема у телефонному режимі, і постає необхідність провести опитування та донести потрібну інформацію лише вербальними засобами.

Список використаних джерел

1. Вещикова О. Реалізація мовного закону у сфері охорони здоров'я і підготовці майбутнього лікаря // Збірник матеріалів II Всеукраїнської науково-практичної конференції «Соціально-етичні та деонтологічні проблеми сучасної медицини (немедичні проблеми в медицині)» (18-19 лютого 2021 року). – Запоріжжя: ЗДМУ, 2021. – С. 54–57.

2. Пиріг Л. Медицина і українське суспільство. – Київ: Б. в., 1998. – 472 с.

3. Українська мова за професійним спрямуванням: Нац. підручник для студ. вищ. навч. закл. - мед. універ., інститутів й академій / За ред С.М. Луцак. – К.: Медицина, 2017. – 360 с.

4. Філоненко М. Психологія особистісного становлення майбутнього лікаря: монографія. – Київ: Центр учбової літератури, 2015. – 334 с.

ПІДГОТОВКА СТУДЕНТА-ЛІКАРЯ У СУЧАСНОМУ СУСПІЛЬСТВІ

*Бушман Вікторія Сергіївна, асистент,
кафедра гістології, цитології та ембріології,
Запорізький державний медичний університет*

Значні зміни у суспільстві, які відбуваються у наш час, зумовлюють потребу у висококваліфікованих спеціалістах, підготовка яких базується на запровадженні нової системи вищої освіти, суттєвому вдосконаленні форм викладання, розробці нових навчальних програм, подачі інформації на більш високому та якісно новому рівнях. Компетентний випускник – це життєво-компетентна людина, яка володіє професійними навичками, необхідними для самостійного розв'язання проблем, задач, з котрими майбутній лікар зустрічатиметься у повсякденній роботі. Підготовка майбутнього спеціаліста повинна включати сукупність професійних якостей, в основі яких виступають знання, уміння і навички з освоєння нових медичних інформаційних систем, телемедичних технологій, знання основних принципів дистанційного консультування, а також досвіду їх застосування в професійній діяльності; здатність грамотно спілкуватися державною мовою в лікувально-профілактичному процесі. Структурними компонентами професійного самовдосконалення майбутніх фахівців є професійна самоосвіта та професійне самовиховання, які досягаються шляхом мотивації студентів на виконання завдань для самостійного розвитку, самовдосконалення особистісних якостей, необхідних для успішної професійної діяльності.

Для активізації пізнавальної діяльності студентів, кращого опанування практичними навичками, що так необхідно для майбутньої лікарської спеціальності, викладачами кафедр ЗДМУ широко впроваджуються застосування мультимедіа та комп'ютерних мереж, які сьогодні є важливою складовою інформаційних технологій не тільки для студента, а й для викладача. Використання нових комп'ютерних телекомунікаційних систем та мультимедіа, пов'язаних з візуалізацією теоретичного матеріалу, значною мірою підвищує якість викладання, а також ефективність сприйняття інформації студентами.

Однією з базових наук ЗДМУ є курс гістології, цитології та ембріології. Викладачі кафедри гістології, цитології та ембріології, а також студенти, котрі навчаються, мають можливість удосконалювати новітні технології та методи навчання за допомогою комп'ютерів, інтерактивних дошок, мультимедійних програм. Провідною організаційною формою освітнього процесу у закладі вищої освіти є практичне заняття, яке включає такі функції: інформативна, пізнавальна, контролююча, виховна, розвиваюча. Практика дає змогу засвоїти студентам структурну організацію клітин, тканин, органів на мікроскопічному, ультрамікроскопічному рівнях. На кожному практичному занятті студенти

працюють з мікроскопами та протоколами, в яких необхідно зобразити (замалювати) структурні елементи органів та тканин. Для цього викладачі кафедри окрім розбору мікропрепаратів на занятті, готують для студентів якісні зображення органів та тканин, які можна прицільно розібрати не тільки використовуючи мікроскоп, але й подивитися у більш високій якості (чіткості) на моніторі плазми або інтерактивній дошці.

Перехід до сучасних мультимедійних технологій, комп'ютерно-орієнтованих технологій, створення умов для їх розробки та впровадження у навчальний процес – це складна педагогічна задача, що потребує високих зусиль та вирішення організаційних, навчально-методичних, технічних, педагогічних проблем. Використання сучасних технологій на практичних заняттях є потужним інструментом для подання інформації студентам у доступній формі, що дає змогу підвищити результати ефективності навчання.

СУЧАСНІ ВИМОГИ ДО ПІДГОТОВКИ ФАРМАЦЕВТИЧНИХ ПРАЦІВНИКІВ У КОНТЕКСТІ БЕЗПЕРЕРВНОГО ПРОФЕСІЙНОГО РОЗВИТКУ

*Михайлюк Євгеній Олегович, к. фарм. н., доцент кафедри клінічної фармації,
фармакотерапії, фармакогнозії та фармацевтичної хімії,
Запорізький державний медичний університет*

Відповідно до вимог Постанови № 725 від 14 липня 2021 р., фахівці сфери охорони здоров'я по закінченню закладу вищої освіти та здобуття вищої медичної освіти або закінченню навчального закладу фахової передвищої освіти повинні приймати участь у безперервному професійному розвитку своїх фахових навичок.

Безперервний професійний розвиток фахівців сфери охорони здоров'я та фармацевтичної галузі повинен не лише навчати, але й вдосконалювати професійні компетенції медичних та фармацевтичних фахівців, що повинно давати їм можливість не тільки відповідати кваліфікаційним вимогам, а також вдосконалювати рівень фахової підготовки для забезпечення потреб збереження здоров'я населення. Таким чином, освітні заходи повинні забезпечувати розвиток чи вдосконалення рівня професіоналізму та й професійної медичної кваліфікації для забезпечення потреб, як пацієнтів, так і якісного функціонування сфери охорони здоров'я.

Важливим типом сучасної післядипломної освіти практикуючих фармацевтів є проведення симуляційних тренінгів. Різноманітні сучасні види освітніх заходів мають на своїй меті оволодіння всіма учасниками заходу безперервного професійного розвитку певних клінічних та / або практичних навичок або компетенцій (медичний фахівець повинен оволодіти та вміти застосовувати на практиці певну техніку, процедуру, маніпуляцію, тощо) у випадку самостійно відображеної системи, що максимально відповідає реальній ситуації, яка може виникнути під час виконання практичної роботи. Під час проходження такого заходу безпосереднє відпрацювання практичних навичок або симуляційне відпрацювання передбачає навчальне навантаження на одного викладача не більше чотирьох – шести учасників, що дозволяє викладачу приділити увагу кожному фармацевту, який приймає участь у заході.

Різноманітні освітні заходи підвищення кваліфікації з боку неформальної освіти можуть залучати фахівця до особистої участі у тренінгу у місці його проведення, здійснюватися дистанційно з використанням дистанційних електронних технологій за умов онлайн підключення або з можливістю отримання навчальних матеріалів у зручний час. Для практикуючих фахівців також можливе здійснення змішаної форми навчання, що має велике значення у несталому середовищі сучасного світу за умов пандемії.

Необхідність постійного вдосконалення фахової майстерності за рахунок отримання інформальної освіти враховує автономне здобуття медичними та фармацевтичними фахівцями професійних навичок під час практичної зайнятості, пов'язаної з професійною діяльністю. Підтвердження безперервного професійного розвитку також може бути здійснено у вигляді публікації статей в журналах з імпаکت-фактором, а також участю у науково-практичних конференціях.

Викладачі при формуванні методології занять під час проведення безперервного професійного розвитку медичних та фармацевтичних працівників повинні обов'язково приділяти увагу сучасним потребам фармацевтичної галузі сьогодення, щоб навички та компетенції, які набуває фармацевт під час освітніх заходів сприяли його професійному зростанню та розвитку.

Отже, безперервний професійний розвиток медичних та фармацевтичних фахівців повинен бути орієнтований на сучасні потреби фармацевтичної галузі для оптимізації не тільки роботи фахівців, але і забезпечення населення якісними лікарськими засобами та виробами медичного призначення.

ПІДВИЩЕННЯ ЕФЕКТИВНОСТІ НАВЧАННЯ ФАРМАКОГНОЗІ ПРОВІЗОРІВ-ІНТЕРНІВ У ПРОГРАМІ MICROSOFT TEAMS

*Мазулін Олександр Владиленович, д. фарм. н., професор,
професор кафедри клінічної фармації, фармакотерапії,
фармакогнозії та фармацевтичної хімії,
Запорізький державний медичний університет*

Активне реформування вищої освіти в останні роки, підвищення вимог до ефективності та якості навчання, вимагає суттєвих змін у методичних підходах до опосередкованої взаємодії провізорів-інтернів з застосування сучасних on-line технологій. При цьому здійснюється переосмислення ролі викладача у наданні необхідного рівня знань та практичних навичок. Цей процес потребує докорінних змін спілкування учнів з викладачами під час навчального процесу. Сучасні інформаційні технології та дистанційне навчання є важливим елементом розвитку глобального освітнього простору. Найважливішу роль має активна участь обох сторін у навчальному процесі, широке та постійне застосування спеціалізованих сервісів для пошуку відповідної інформації. Сучасні дистанційні освітні on-line технології викладання дисципліни «Фармакогнозія» дозволяють не тільки опублікувати текст, зображення, аудіо- і відеодані стосовно лікарських рослин та фітопрепаратів на їх основі, але при цьому сприяти можливості ефективної інтерактивної взаємодії

викладача з провізорами-інтернами. Для самостійного опанування деякими факультативними розділами дисципліни доцільно застосовувати дистанційні освітні технології у формі on-line курсів.

При засвоєнні провізорами-інтернами програми дисципліни «Фармакогнозія» слід зазначити, що інформація стосовно дослідження ЛРС та фітопрепаратів у світі стрімко зростає. За даними Бостонського центру дослідження лікарських рослин у світовій медичній практиці їх застосовується до 10 тис. видів. У наш час за зальним обсягом фітопрепарати на ринках провідних країн світу складають до 35%, а за прогнозами ВООЗ у найближчі 20 років будуть складати до 60% від загальної кількості. Але при цьому також суттєве підвищується й можливість прояву їх побічної дії та несприйняття організмом хворого.

Для засвоєння відповідного інформаційного матеріалу провізорам-інтернам потрібен активний діалог з викладачем за допомогою засобів дистанційного навчання та корпоративної пошти. На жаль у сучасній вищій школі України передбачено викладання тільки основ фармакогнозії, які застосувати на практиці інколи дуже складно. Це пов'язано з різноманіттям професійних завдань, які приходить виконувати майбутнім фахівцям сучасної фармацевтичної галузі. Але при цьому постійно підвищуються кваліфікаційні вимоги з боку керівників аптечних закладів до їх професійної компетентності. Тому для того, щоби відповідати вимогам часу, майбутнім фахівцям потрібно постійно оновлювати набути знання та підвищувати рівень кваліфікації. Найбільш зручно це робити, на наш погляд, із застосуванням найбільш розповсюдженої та достатньо надійної програми Microsoft Teams.

Відомо, що ефективність самостійного навчання, більше ніж інших форм освіти, залежить від способів надання навчальних матеріалів, контролювання роботи учнів і контактування їх з викладачем. Тому для широкого розвитку цієї форми навчання насамперед необхідно впровадження новітніх ефективних засобів комунікації.

Провізори-інтерни повинні активно залучатися до дискусії з вирішенням у формі спілкування актуальних питань, пов'язаних з ідентифікацією рослин та ЛРС, особливостей призначення та побічної дії фітопрепаратів та спеціальних харчових продуктів рослинного походження. Для підвищення ефективності самостійної роботи розроблені та активно використовуються відповідні on-line курси з актуальних питань дисципліни. Контент курсів поділяється на розділи і компоненти, які побудовані на основі щотижневого планування.

Інформаційний матеріал представлений текстами, ілюстраціями, схемами та графіками, відеоматеріалами, доступними для ознайомлення. Контроль за засвоєнням проводиться за допомогою тест-питань. У результаті виконання завдань надається проміжна оцінка за кожен тему. Крім того, на сайті кафедри надані додаткові матеріали, що включають методичні розробки, дидактичні матеріали, контрольні питання для підготовки до складання ліцензійного іспиту Крок-3 «Фармація» та Державного іспиту, перелік першоджерел.

Дуже важливим фактором активізації самостійної роботи у процесі навчання є можливість взаємодії в on-line режимі учнів з викладачами курсу. Учасники процесу можуть переглядати запропоновані завдання необмежену

кількість разів і повертатися до них згодом. Швидкість навчання дозволяє навчатися у темпі, відповідному до особистих вимог, не обмежувати вибір навчального закладу та можливостей до отримання знань у залежності від місця його знаходження.

Застосування в процесі навчання сучасних технологій надає корисні навички у подальшій професійній діяльності. При цьому передбачається самостійне планування терміну та розкладу занять, перелік необхідних розділів предмету. У того, хто навчається повинна бути присутня міцна особиста мотивація, вміння отримувати знання самостійно, з мінімальною підтримкою з боку викладача.

Таким чином, навчання провізорів-інтернів з предмету «Фармакогнозія» у програмі Microsoft Teams дозволяє підвищити ефективність впровадження відповідних навчально-методичних матеріалів у навчальний процес. При цьому стимулюється формування навичок активного самостійного засвоєння матеріалу, підвищується інтерес до предмету. Впроваджені технології доцільно використовувати для активування процесу самостійної роботи провізорів-інтернів при вивченні предмету «Фармакогнозія», підвищення якості підготовки до складання державного ліцензійного іспиту КРОК-3.

3. РОЗУМІННЯ РОЛІ, ЗНАЧЕННЯ, РІВНЯ ВІДПОВІДАЛЬНОСТІ ТА ЦІННОСТІ ЛІКАРЯ СУЧАСНИМ СУСПІЛЬСТВОМ

ІМІДЖ ЛІКАРЯ ЯК ПОКАЗНИК РІВНЯ ДОВІРИ ПАЦІЄНТА

Боярська Людмила Миколаївна, к.м.н., професор, зав. кафедри дитячих хвороб,

Іванова Катерина Олексіївна, к.м.н., асистент кафедри дитячих хвороб,

Гребенюк Лариса Василівна, асистент кафедри дитячих хвороб,

Запорізький державний медичний університет

«У нас всього чотири способи контакту з людьми.
Вони судять про нас на основі того, що ми робимо,
як ми виглядаємо, що ми вимовляємо і як ми це виражаємо».

Д. Карнегі

В усьому світі довіра до лікарів знижується [1], що загрожує не лише відносинам між лікарем і пацієнтом, а у кінцевому підсумку піддає недовірі всю систему охорони здоров'я. Наприклад, американські дослідники повідомляють, що недовіра до системи охорони здоров'я в Сполучених Штатах дуже поширена серед населення [2]. «Золотий вік лікаря» тривав з ХХ століття до 1970-х років. У наступні десятиліття довіра американців до системи значно впала [3]. Аналогічне дослідження, проведене в Китаї, відстежує зниження довіри до лікарів серед пацієнтів [4]. Вітчизняних масштабних досліджень не проводилось, але можемо припустити таку ж тенденцію й в Україні.

Психологи вже давно зацікавлені в тому, щоб зрозуміти параметри, за якими люди роблять висновки про інших та коли формують перше враження. Для того, щоб успішно орієнтуватися у своєму соціальному світі, людина повинна постійно і швидко робити точні оцінки інших людей. Чи варто наближатися до незнайомця чи уникати його? Чи є людина підходящим другом чи романтичним партнером? Чи гідний експерт та йому можна довіряти? Щоб відповісти на такі запитання, люди повинні швидко визначити, чи може інша людина завдати їм шкоди чи допомогти. Хоча було запропоновано багато ознак для чинників, які лежать в основі таких соціальних рішень, більше 50 років досліджень показують, що всі вони можуть бути інтерпретовані в двох основних напрямках: комфортність і компетентність [5-11].

Більшість пацієнтів є дуже уважними під час вибору лікаря для себе, чи своєї дитини. Вони оцінюють загальний образ лікаря, що складається з особистого та професійного іміджу. Цей образ має розмиті межі, але чіткі вимоги, недотримання яких призводить до недовіри та нехтування спеціалістом. Формування професійного іміджу – це вміння створити позитивний імідж, котрий підкреслить найкращі особистісні, та професійні якості фахівця. Ефективність дій лікаря, в межах його професійної діяльності, значною мірою визначається комунікативними навиками - вмінням спілкуватися. Перш за все, це має збігатися з інтересами хворого, його родичів, медичного закладу і особисто лікаря. Визначення іміджу вчителів і лікарів є результатом складання стереотипних уявлень оточуючих.

Імідж (англ.- образ, від лат. Imado – наслідувати) не тільки передає значення образу, а цілеспрямовано сформований профіль когось чи чогось, що містить деякі цінні характеристики і розвинений, щоб мати емоційний і психологічний вплив на цільову аудиторію з метою популяризації, реклами тощо. У цьому сучасному розумінні термін «імідж» вперше ввів З. Фрейд. З 1940-х років існує термін «імідж» [12].

Величезне та вирішальне значення у виборі лікаря має довіра. Довіру можна визначити як «стан сприятливих очікувань щодо дій та намірів інших людей» [13]. В свою чергу Зіммель стверджує, що довіра стосується «стану розуму, який не має нічого спільного зі знанням, який є як меншим, так і більшим, ніж знання» [14]. Луман припускає, що «довіра виникає в рамках взаємодії, на яку впливають як особистість, так і соціальні системи й не може бути пов'язана виключно з ними», подібно до Гідденса, який стверджує, що довіра до індивідів залежить від «довіри до соціальної системи» [15]. Крокер та його колеги зазначають, щоб довіряти лікарям, пацієнти очікують, що вони будуть освідченими, добре поінформованими, досвідченими, вправними; будуть тримати їх інтереси понад усе; і пацієнти мають отримати відчуття, що їх сприймають серйозно [16]. Довіра є важливим будівельним блоком у відносинах пацієнт-лікар. Пірсон та його колеги описують довіру до лікарів як «заспокійливе відчуття впевненості чи довіри до лікаря та його намірів» [17]. Довіра не виникає в результаті однієї зустрічі і не є «сліпою вірою» [18]. Вона розвивається поступово після повторних взаємодій, коли пацієнт досліджує всі необхідні риси та вчинки, щоб виникла довіра до лікаря. Холл і його колеги порівнюють те, як довіра визначає стосунки пацієнта і лікаря з «як любов чи дружба визначають якість інтимних стосунків». Вони пропонують конфігурацію довіри з п'яти частин: вірність, чесність, компетентність, конфіденційність і глобальна довіра [19].

Дейл Карнегі виділяє наступні правила для формування симпатії оточуючих.

Правило 1: Виявляйте щирі цікавість до інших людей.

Правило 2: Усміхайтесь!

Правило 3: Пам'ятайте, що для людини звук його імені є найсолодшим і найважливішим звуком людської мови.

Правило 4: Будьте добрим слухачем. Заохочуйте інших розповідати вам про себе.

Правило 5: Розмовляйте у колі інтересів вашого співрозмовника.

Правило 6: Давайте людям відчути їхню значущість — і робіть це щиро.

До складових іміджу лікаря, окрім всього вище зазначеного, входить зовнішній вигляд (одяг, охайність та ін.). Ще з часів Гіппократа було відомо, що одяг людини, котра доглядає за хворим, впливає на сприйняття пацієнтом лікаря. Пацієнти мають свої очікування та уявлення щодо одягу лікаря, які відрізняються залежно від національності та регіону. Уважне ставлення до дрес-коду лікарів, має суттєве значення для підвищення задоволеності пацієнтів у наданій допомозі. Термін «дрес-код» спочатку виник у Британії, але швидко поширився у всьому світі. Використовується для позначення регламенту в одязі, який вказує на приналежність людини до певної професійної групи.

Результати наукового дослідження в Саудівській Аравії, в якому взяли участь 443 пацієнти, показали: більше 80% пацієнтів побажали бачити свого лікаря у білому халаті. Традиційний одяг схвалили 47%, а «вуаль та спідницю» – 62%. Окрім цього, цікавий факт, що одяг лікаря був більш важливим для освічених пацієнтів чоловічої статі. Пацієнти, які оцінювали одяг лікаря в 70%, вважали, що традиційний білий халат позитивно впливає на стосунки між лікарем та пацієнтом [20].

Ще одне масштабне дослідження вказує, що за анонімним анкетуванням 4062 пацієнтів, 53% вказали на те, що одяг лікаря був для них важливим під час лікування. 1/3 пацієнтів погодилася, що це вплинуло на їхню задоволеність від наданої допомоги. У порівнянні з усіма іншими формами одягу білий халат отримав найвищу оцінку [21].

Аналогічні результати отримано в США, де проведено опитування 4000 пацієнтів. Більшість з яких вказала, що одяг лікаря мав важливе значення в формуванні оцінки якості отриманої допомоги. Найбільш доречним вважали саме білий халат чи хірургічний костюм [22].

Отже лікарі повинні пам'ятати, що їх імідж відіграє величезну роль в формуванні довірчих відносин з пацієнтами, впливає на комплаєнс та результативність лікування. В сукупності всі лікарі приймають участь у формуванні рівня довіри до системи охорони здоров'я в цілому.

Список використаних джерел

1. Huang EC-H, Pu C, Chou Y-J, Huang N. Public Trust in Physicians—Health Care Commodification as a possible deteriorating factor: cross-sectional analysis of 23 countries. *INQUIRY: J Health Care Organ, Prov, Financ.* 2018;55:0046958018759174.
2. Armstrong K, Rose A, Peters N, Long JA, McMurphy S, Shea JA. Distrust of the health care system and self-reported health in the United States. *J Gen Intern Med.* 2006;21(4):292–7.
3. Zheng H. Losing confidence in medicine in an era of medical expansion? *Soc Sci Res.* 2015;52:701–15.
4. Zhao D, Zhang Z. Changes in public trust in physicians: empirical evidence from China. *Frontiers Med.* 2018:1–7.
5. Fiske ST, Cuddy AJC, Glick P. Universal dimensions of social cognition: warmth and competence. *Trends Cogn Sci* (2007) 11(2):77–83. doi: 10.1016/j.tics.2006.11.005
6. Cuddy AJC, Glick P, Beninger A. The dynamics of warmth and competence judgments, and their outcomes in organizations. *Res Organ Behav* (2011) 31:73–98. doi: 10.1016/j.riob.2011.10.004
7. Roussos G, Dunham Y. The development of stereotype content: the use of warmth and competence in assessing social groups. *J Exp Child Psychol* (2016) 141:133–44. doi: 10.1016/j.jecp.2015.08.009
8. Judd C.M., James-Hawkins L., Yzerbyt V., Kashima Y. Fundamental dimensions of social judgment: understanding the relations between judgments of competence and warmth. *J Pers Soc Psychol* (2005) 89(6):899–913. doi: 10.1037/0022-3514.89.6.899

9. Cuddy AJC, Fiske ST, Glick P. Warmth and competence as universal dimensions of social perception: the stereotype content model and the BIAS Map. *Adv Exp Soc Psychol* (2008) 40:61–149. doi: 10.1016/S0065-2601(07)00002-0
10. Fiske ST, Cuddy AJC, Glick P, Xu J. A model of (often mixed) stereotype content: Competence and warmth respectively follow from perceived status and competition. *J Pers Soc Psychol* (2002) 82(6):878–902. doi: 10.1037//0022-3514.82.6.878
11. Abele AE, Cuddy AJC, Judd CM, Yzerbyt VY. Fundamental dimensions of social judgment. *Eur J Soc Psychol* (2008) 38:1063–5. doi: 10.1002/ejsp.574
12. Kamilova, D. N., Saydalikhujaeva, S. K., Rakhmatullaeva, D. M., Makhmudova, M. K., & Tadjieva, K. S. (2021). PROFESSIONAL IMAGE OF A TEACHER AND A DOCTOR. *British Medical Journal*, 1(4).
13. Möllering G. The nature of trust: from Georg Simmel to a theory of expectation, interpretation and suspension. *Sociology*. 2001;35(2):403–20.
14. Simmel G. *The philosophy of money*: Routledge; 2004.
15. Meyer S, Ward P, Coveney J, Rogers W. Trust in the health system: an analysis and extension of the social theories of Giddens and Luhmann. *Health Sociol Rev*. 2008;17(2):177–86.
16. Croker JE, Swancutt DR, Roberts MJ, Abel GA, Roland M, Campbell JL. Factors affecting patients’ trust and confidence in GPs: evidence from the English national GP patient survey. *BMJ Open*. 2013;3(5):e002762.
17. Pearson SD, Raeke LH. Patients’ trust in physicians: many theories, few measures, and little data. *J Gen Intern Med*. 2000;15(7):509–13.
18. Skirbekk H, Middelthon AL, Hjortdahl P, Finset A. Mandates of trust in the doctor-patient relationship. *Qual Health Res*. 2011;21(9):1182–90.
19. Hall MA, Dugan E, Zheng B, Mishra AK. Trust in physicians and medical institutions: what is it, can it be measured, and does it matter? *The milbank quarterly*. 2001;79(4):613–39.
20. Al Amry, Khaled Mohammed, et al. “Patient Perceptions and Preferences of Physicians’ Attire in Saudi Primary Healthcare Setting.” *Journal of Community Hospital Internal Medicine Perspectives*, vol. 8, no. 6, 2 Nov. 2018, pp. 326–330, 10.1080/20009666.2018.1551026. Accessed 5 Jan. 2020.
21. Petrilli, C. M., Saint, S., Jennings, J. J., Caruso, A., Kuhn, L., Snyder, A., & Chopra, V. (2018). Understanding patient preference for physician attire: a cross-sectional observational study of 10 academic medical centres in the USA. *BMJ Open*, 8(5), e021239. doi: 10.1136/bmjopen-2017-021239
22. Petrilli, Christopher M, et al. “Understanding Patient Preference for Physician Attire: A Cross-Sectional Observational Study of 10 Academic Medical Centres in the USA.” *BMJ Open*, vol. 8, no. 5, May 2018, p. e021239, bmjopen.bmj.com/content/8/5/e021239, 10.1136/bmjopen-2017-021239.

ЕТИКА ТА ДЕОНТОЛОГІЯ В КЛІНІЧНІЙ ТОКСИКОЛОГІЇ

*Марков Юрій Іванович, кандидат медичних наук,
доцент кафедри анестезіології та інтенсивної терапії,
Національний університет охорони здоров'я України імені П.Л. Шупика,
м. Київ*

Анотація. У публікації розглянуто різноманітні аспекти лікарської деонтології та медичної етики в клінічній токсикології. У пацієнтів, які потрапляють до відділення токсикології, часто преморбідно трапляються психотравмуючі ситуації, сімейно-побутові конфліктні обставини тощо. Нерідко такі хворі мають психічні захворювання, неврози чи тяжкі соматичні хвороби. Гостре отруєння саме по собі є сильним психотравмуючим чинником (страх смерті, переживання у зв'язку з можливими тяжкими наслідками гострого отруєння, відчуття незручності за скоєний вчинок). У відділенні гострих отруень потрібен особливий індивідуалізований підхід, доброзичливе, співчутливе ставлення до хворих з дотриманням етичних норм поведінки медичного персоналу, насамперед з боку лікаря, у ставленні до пацієнта. Лікар встановлює контакт з хворим, залежно від ступеня тяжкості стану, рівня культури останнього та його характеру. Від цього значною мірою залежить кінцевий результат лікування хворого. Таким чином, етика та деонтологія, є надзвичайно актуальними в клінічній токсикології.

Ключові слова: етика, деонтологія, клінічна токсикологія

ETHICS AND DEONTOLOGY IN CLINICAL TOXICOLOGY

*Yu.I. Markov, Department of anesthesiology and intensive care,
Shupyk National Healthcare University of Ukraine, Kyiv, Ukraine*

Abstract. In this publication, various aspects of medical deontology and ethics in clinical toxicology are addressed. Patients admitted to the toxicology unit frequently have a history of premorbid psychologically traumatic events, family conflicts etc. Often such patients also have mental health issues, neurosis or severe somatic illnesses. An acute poisoning episode can be a severe psychologically traumatic factor on its own (the fear of death, concerns over potential severe consequences of the acute poisoning, feelings of shame and regret for the committed act). There is a need for a special individualized approach, friendly and compassionate attitude towards the patients in accordance with ethical norms of the behavior of the medical personnel, first of all on the doctor's part. A doctor establishes a therapeutic relationship with a patient depending on the patient's overall condition, cultural background and personality. It plays a significant role in the outcome of the patient's treatment. Thus, ethics and deontology are incredibly relevant in the clinical toxicology setting.

Key words: ethics, deontology, clinical toxicology

Вступ

Клінічна токсикологія (інколи її називають медичною) – це такий напрямок у клінічній медицині, в якому лікарі займаються діагностикою, лікуванням та профілактикою гострих отруень. У відділення токсикології

госпіталізують хворих з екзогенними отруєннями хімічними речовинами, отруєннями медикаментами (переважно психотропної дії), отруєнням алкоголем чи сурогатами алкоголю, наркотичними та іншими речовинами. Отрутами рослинного або тваринного походження, гострою нирковою і/або печінковою недостатністю, алергією. Пацієнти у важкому клінічному стані у котрих отруєння ускладнено екзотоксичним шоком, коматозним станом, розладами дихальної, центральної нервової систем поступають у відділення інтенсивної терапії та екстракорпоральної детоксикації (ВІТ та ЕД).

Серед особливостей гострих отруень слід зазначити: часто виникаючі юридичні аспекти, необхідність лабораторної діагностики, консультація суміжних спеціалістів, загроза життю хворого та оточуючих. Діагностичний процес передбачає: огляд пацієнта, збір токсикологічного анамнезу, зіставлення отриманих даних, встановлення токсикологічного синдрому, врахування преморбідних захворювань та вікових особливостей. У пацієнтів, які потрапляють до відділення токсикології, часто трапляються психотравмуючі ситуації, сімейно-побутові конфліктні обставини тощо. Нерідко такі хворі мають психічні захворювання, неврози чи тяжкі соматичні хвороби. Гостре отруєння саме по собі є сильним психотравмуючим чинником (страх смерті, переживання у зв'язку з можливими тяжкими наслідками гострого отруєння, відчуття незручності за скоєний вчинок). Серед госпіталізованих до відділення токсикології нерідко трапляються суїцидальні спроби, близько половини хворих потребують активного нагляду з боку медичного персоналу. Тому такі пацієнти потребують особливого обережного ставлення з боку медичного персоналу.

Діагностика та формулювання клінічного діагнозу – одне із основних завдань лікаря. Клінічний діагноз має бути: точним, своєчасним, нозологічним, етіологічним, патогенетичним, морфологічним, функціональним, комплексним (основне захворювання, ускладнення основного захворювання, супутні захворювання) [1].

В токсикології діагноз значною мірою формулюється на підставі результатів дослідження токсикологічної лабораторії. Однак, не завжди лабораторне заключення може надати інформацію. Таким чином, лікування хворих з екзогенними отруєннями значним тягарем відповідальності лягає на плечі лікаря-практика. У такій ситуації клініцист звертається до основ діагностики: анамнезу, аускультатії, пальпації тощо. Дійсно, важливе значення для діагностики гострого отруєння має збір анамнезу але особливість клінічної токсикології ще полягає високому рівні юридичних аспектів дисципліни. Тому кожний токсикологічний діагноз повинен мати чітке підтвердження за допомогою лабораторних та інших додаткових (інструментальних) методів дослідження, що додадуть об'єктивності діагностичному і лікувальному процесу.

Мета та задачі дослідження. На підставі аналізу літературних джерел та власної клінічної практики встановити основні етичні та деонтологічні проблеми в клінічній токсикології та визначити шляхи їх подолання.

Викладення основного матеріалу

Як уже зазначалось, важливе значення для якісного лікування хворого з гострим отруєнням має своєчасна та якісна лабораторна діагностика.

Крім різноманітних клініко-лабораторних аспектів, зберігають актуальність деонтологічні та етичні особливості лабораторної діагностики. Етика спеціаліста медичної лабораторії ґрунтується на загальних моральних принципах фахівця з лабораторної діагностики, на правилах поведінки стосовно пацієнта, власним професійним оточенням та рештою спільноти [2].

У відділенні, де лікують пацієнтів з гострими отруєннями потрібен особливий індивідуалізований підхід, доброзичливе, співчутливе ставлення до хворих з дотриманням етичних норм поведінки медичного персоналу, насамперед з боку лікаря, у ставленні до пацієнта. Лікар встановлює контакт з хворим, залежно від ступеня тяжкості стану, рівня культури останнього та його характеру. Від цього значною мірою залежить кінцевий результат лікування хворого.

Також результат лікування залежить від дотримання етичних принципів медичними сестрами, які приймають саму активну участь у лікуванні хворого. У різних країнах є спільні риси у професійній етиці медичних сестер [3]. Розуміння етики необхідне для надання кваліфікованої професійної допомоги. Важливо, щоб медсестри усвідомлювали цінність етики у своїй роботі. Етика має відношення до клінічних та практичних питань і торкається усіх аспектів професійної діяльності медсестер. Для того, щоб ефективно застосовувати етику медсестри повинні розвивати навички розмірковування і розуміти принципи, які допомагають в етичному аналізі [4].

Важливою характеристикою біомедичної етики є прикладний характер етики, головною особливістю якої є конкретизація загальнолюдських моральних норм та принципів стосовно до певних ситуацій для окремих груп людей, з урахуванням специфіки їхньої діяльності (наприклад, лікувальної). Біомедична етика висуває на перший план захист життя та здоров'я пацієнта а медична етика встановлює норми відносин в медицині між взаємодіючими суб'єктами – пацієнтом і лікарем. Поєднання біологічного знання з пізнанням системи людських цінностей», новий вид мудрості, що вказує, як саме використовувати наукове знання для забезпечення соціальних благ [5].

Розрізняють три рівні біоетики:

- загальна біоетика у вигляді сучасної філософії моралі;
- спеціальна біоетика, яка вивчає головні проблеми, на яких базується загальна біоетика (евтаназія, генетична інженерія, аборт, штучне запліднення);
- клінічна біоетика (чи біоетика рішень), яка вивчає конкретні випадки лікарської та клінічної практики з метою дослідження цінностей і шляхів вирішення етичних дилем

Філософія сучасної медицини серед інших розглядає такі питання: «Як конкретний лікар X може стати гарним лікарем для кожного окремого пацієнта, для іншої людини, вписаної в повсякденний життєсвіт». Апріорі медична практика має в собі етичні установки, бо втілює кращі цінності людства – бажання врятувати іншу людину від смерті, подвоївши його біологічне буття за допомогою біомедичних технологій, надавши йому шанс свободи від природного детермінізму [6].

Принципи медичної етики (Т.Л. Бошам, Дж. Ф. Чайлдрес) ґрунтуються на наступних положеннях: автономія, не нашкодь, благодіяння та справедливості. Порушення принципу «Не нашкодь» може ґрунтуватися на приховуванні інформації, прямому обмані пацієнта та у наданні пацієнтові правдивої інформації у грубій або цинічній формі.

Актуальність питань медичної етики в клінічній токсикології: обумовлена тим, що серед госпіталізованих пацієнтів з гострими отруєннями значну частину становлять особи з суїцидальними спробами. Багато хворих з гострими отруєннями мають чи мали тимчасові чи стійкі розлади психіки. Зазначені фактори свідчать про необхідність особливого, індивідуального підходу до такого контингенту пацієнтів.

Клінічна токсикологія – це наука, що вивчає закономірності взаємодії живого організму та отрути. Гостре отруєння – патологічний стан, що розвивається раптово в результаті одномоментного надходження в організм сторонньої речовини (ксенобіотика) в токсичній дозі.

Результати та їх обговорення.

За етіопатогенетичним принципом отруєння класифікують на:

I. Випадкові.

1. Виробничі.
2. Побутові (самовільні, передозування ліків, алкогольна чи наркотична інтоксикації).
3. Медичні помилки (ятрогенні отруєння).

II. Навмисні.

1. Кримінальні: а) з метою вбивства; б) як спосіб приведення в безпомічний стан.
2. Суїцидальні.

Перед лікарем-практиком завжди стоїть завдання: визначити яке саме отруєння у кожному конкретному випадку за етіопатогенетичним походженням. Нерідко хворі з гострим отруєнням потребують проведення інтенсивної терапії та реанімаційних заходів. На якість реанімації впливають: раса/дохід, вік, етнічна приналежність, коморбідність, місцеположення (міські чи сільські райони або конкретна країна/регіон) [7].

Слід також звернути увагу на проблему дефектів надання медичної допомоги (вона зустрічається як на догоспітальному так і на госпітальному етапах надання медичної допомоги). Останнім часом проблема дефектів надання медичної допомоги дедалі частіше виникає як в Україні, так і в інших країнах світу. Незважаючи на існування ряду документів, які регламентують принципи та умови надання медичної допомоги, вищевказане питання залишається актуальним [8].

Близьким поняттям до дефектів надання медичної допомоги є медичні помилки. Розрізняють об'єктивні медичні помилки та помилки, зумовлені суб'єктивними чинниками. Серед перших виокремлюють такі, що пов'язані з недостатнім досвідом лікаря, відсутністю необхідного діагностичного устаткування і ліків, неможливістю проведення консультацій фахівцями, наявністю атипичних симптомів, помилки у даних, які повідомляє пацієнт або його рідні та близькі, щодо початку та перебігу його хвороби.

Помилки, викликані суб'єктивними факторами: помилки, які припускають медичні працівники, що необгрунтовано відступають від встановлених медичних стандартів, діють необережно, самовпевнено чи допускають необгрунтований ризик при недостатності досвіду чи знань.

Такі помилки виникають при: неуважному обстеженні, неадекватній оцінці клінічних та лабораторних даних, неврахуванні чи переоцінці результатів консультацій інших спеціалістів, при недбалому виконанні лікувально-профілактичних заходів, догляді та спостереженні за пацієнтом, при загальній незадовільній організації різних етапів медичної допомоги в медичному закладі, зокрема при веденні документації, при порушенні деонтологічних та інших вимог щодо інформування пацієнта або осіб, уповноважених представляти його інтереси, про стан його здоров'я.

Також розрізняють наступні різновиди медичних помилок: деонтологічні, лікувальні і тактичні. Помилка медична деонтологічна – помилка, яка пов'язана із невмінням медичного працівника знайти контакт з хворим, його рідними та іншими оточуючими; необережними висловлюваннями, недооцінкою психотерапевтичних методів та прийомів. Відомі факти судових позовів, які пов'язані саме з деонтологічними помилками, коли у разі смерті пацієнта персонал закладу охорони здоров'я замість того, щоб відразу провести бесіду з родичами, закриває перед ними двері. У такій ситуації родичі, як правило, починають підозрювати лікарів в порушенні правил надання медичної допомоги. Така модель поведінки лікарів призводить до виникнення претензій навіть в тих випадках, коли смерть пацієнта абсолютно не пов'язана з дефектами надання медичної допомоги [9].

Гострі отруєння мають також вікові особливості. Так, серед чинників, які впливають на ймовірність отруєнь у підлітків виокремлюють: девіації, делінквентність поведінки, сучасна урбаністична субкультура (дігери, хіп хоп, сталкери тощо). Девіантна поведінка: (відхильна поведінка): поведінка індивіда або групи, яка не відповідає загальноприйнятим нормам, внаслідок чого відбувається порушення цих норм.

У клінічній токсикології важливе значення мають лікувальні заходи психотерапевтичного спрямування. До таких відносять: роз'яснювальну бесіду з хворими, відволікання їх від психотравмуючих обставин, що призвели до отруєння, витіснення негативних психогенних факторів, сприяння відновленню міжособистісних стосунків; слід уникати неприємних, травмуючих тем для пацієнта. Найскладніша ситуація для діагностики та лікування – це наявність розладів свідомості у пацієнта, відсутність свідків отруєння, супутні захворювання та травми (ураження ЦНС), синдром позиційного здавлення, мікст-отруєння.

Ускладнення медикаментозної терапії нерідко зумовлені: зростанням прийому лікарських препаратів (поліпрагмазія, політерапія), самолікуванням, зміною імунної реактивності на тлі захворювань (інфекції, віруси, паразити тощо), відсутністю або затримкою інформації про побічну дію медикаментів, дефектами у лікуванні хворих з медикаментозними ускладненнями (помилки лікарів та пацієнтів), тощо.

Також важливе значення має безпека пацієнта. Проблема безпеки пацієнта у критичному стані займає провідне місце у всіх напрямках інтенсивної терапії, оскільки нерідко не настільки недостатньо ефективно, наскільки недостатньо безпечно застосування методів інтенсивної терапії зводить нанівець усі зусилля медичного персоналу задля досягнення результату. Це стосується неадекватного використання інфузійно-трансфузійної терапії та застосування ушкоджуючих режимів ШВЛ, виникнення вентилятор-асоційованої пневмонії, використання токсичних антимікробних препаратів, неадекватної гепаринотерапії, яка призводить до гепариніндукованої тромбоцитопенії та ДВЗ-синдрому, наприклад, при використанні методів екстракорпоральної детоксикації тощо [10].

Особливе значення має своєчасність діагностики гострого отруєння. Коли діагностика несвоєчасна це утруднює процес лікування. Подібні випадки об'єднують терміном «Запізніла несвоєчасна діагностика», коли вірний діагноз, який вказаний в заключному клінічному діагнозі, виставлено у термінальній стадії хвороби, а лікувальні заходи вже неможливі або неефективні [11].

У разі наступлення летального наслідку та констатації смерті лікуючий (черговий) лікар і/або завідувач відповідного клінічного відділення разом з підлеглим медичним персоналом повинні виконати цілу низку дій, у тому числі тих, що мають організаційний характер.

Порядок дій лікаря у випадку смерті пацієнта [12]:

- Оформлення медичної карти стаціонарного хворого – запис про смерть у розділі “щоденники динамічного спостереження”, формулювання заключного клінічного діагнозу, оформлення титульного листа та посмертного епікризу.
- Сповіднення родичів померлого про смерть.
- Ізоляцію, первинну обробку трупа та його маркірування.
- Організацію транспортування трупа в патологоанатомічне відділення.
- Забезпечення направлення медичної карти стаціонарного померлого хворого в морг та присутності лікуючого лікаря на патологоанатомічному розтині трупа.
- Зустріч та бесіда з родичами померлого.

Для уникнення недоліків ведення летальних випадків та покращення ведення летальних наслідків на ранньому госпітальному етапі показано: дотримання інструкцій та інших підходів організаційного характеру (ретельне ведення документації, рання діагностика та обґрунтування агресивної тактики надання невідкладної медичної допомоги, своєчасне сповіщення та спілкування з рідними покійного пацієнта) [13].

Рідні та близькі пацієнтів можуть буди схвильованими чи мати низький освітній статус, бути упередженими, а інколи – агресивними у своїх висловлюваннях чи діях стосовно медичного персоналу. Трапляються випадки, коли родичі пацієнта звинувачують лікарів у відсутності швидкого позитивного результату лікування. Активна терапія тяжкохворих пацієнтів та підтримка функцій ушкоджених органів залишаються важливими завданнями інтенсивної терапії. Однак, не дивлячись на сучасні лікувальні стратегії та тактику

лікування, застосування високотехнологічного обладнання та моніторингу функцій життєво важливих органів, пацієнти продовжують вмирати. В оглядових статтях, наукових публікаціях та пресі все частіше висловлюється думка про те, що обставини, за яких виникають летальні наслідки у відділеннях інтенсивної терапії, зокрема, стосунки медичного персоналу та родичів померлих далекі від оптимальних. Незалежно від причини, що призвела до фатального результату, як повідомити цю інформацію рідним пацієнта, щоб пом'якшити сприйняття негативу? Стандартні фрази, що «більше нічого не можна було зробити» не діють. Родичі пацієнта очікують на психологічну підтримку з боку лікаря. Навіть сама спеціальність «медична психологія» розпорошена серед різних фахівців та різних суміжних напрямків: психіатрії, психології, психотерапії. Спілкування з родичами пацієнта, особливо у разі необхідності повідомлення їм негативної інформації, передбачає, насамперед, наявність відповідної обстановки, окремої кімнати (а не в коридорі). Такі розмови не повинні робитися поспіхом. Не слід поспішати під час розмови, не потрібно проводити таке спілкування посеред клініки. У членів родини повинно бути достатньо часу для того, щоб обдумати почуте, щоб задати необхідні уточнюючі чи інші якісь відкриті запитання і отримати максимально потрібну інформацію. Слід надати можливість родичам пацієнта звернутися до лікаря повторно.

Варто розглянути таке важливе поняття як якість медичної допомоги. Якість медичної допомоги згідно концепції А. Донабедіана (A. Donabedian), характеризують за такими аспектами: якість структури (фінансові, трудові та матеріальні ресурси), якість процесу (технології: діагностика, профілактика, лікування, дотримання стандартів) та якість результату (досягнення показників та їх співвідношення з економічними показниками) [14]. Таким чином, результат лікування значною мірою залежить від вказаних складових якості медичної допомоги.

Дедалі більшої актуальності набуває такий соціокультурний феномен як медикалізація. Зазвичай про неї говорять, коли будь-яка поведінка чи стан людини у суспільстві розглядаються як медична проблема, що потребує свого вирішення. Також під цим розуміють вплив медицини на повсякденне життя людей (інвалідів, осіб залежних від алкоголю, наркоманів) та зростаючу залежність пацієнта від лікаря у типових ситуаціях людського життя: шкідливих звичок, безсоння, передменструальний синдром, вагітності, репродуктивного здоров'я, підвищеної активності чи стомлюваності тощо.

Профілактика гострих отруєнь передбачає: активну санітарно-просвітню роботу, посилення психіатричної і наркологічної роботи, дотримання правил продажі ліків в аптеках; у стаціонарах видача тільки разової дози препаратів та попередження виробничих отруєнь. По закінченні лікування пацієнта з гострим отруєнням у стаціонарі: важливим аспектом є роз'яснення хворому як уникнути у майбутньому гострого отруєння.

Токсикологія – важливий розділ клінічної медицини і потребує відповіно серйозного ставлення з боку держави та системи охорони здоров'я [15]. Серед інших важливе значення має онлайнове навчання медичних працівників, які

займаються лікуванням пацієнтів з гострими отруєннями. Це також дозволить подолати брак знань та змінити практику між розвиненими країнами та країнами, що розвиваються [16]. Важливе значення мають використання телеконсультативної служби, наприклад, у США для лікування пацієнтів з гострими отруєннями, для країн з лікарнями з обмеженими ресурсами, де таких фахівців немає [17-18]. Існують також проблеми у фармацевтичній токсикології – це, насамперед, використання тварин для тестування та значний відсоток відсіву у зв'язку з безпекою при розробці нових ліків [19].

Висновки

1. Основними етичними та деонтологічними проблемами в клінічній токсикології є проблеми, пов'язані з особливостями контингенту пацієнтів з гострими отруєннями. У хворих, які потрапляють до відділення токсикології, часто преморбідно трапляються психотравмуючі ситуації. Нерідко такі хворі мають психічні захворювання, неврози або тяжкі соматичні хвороби.
2. У відділенні гострих отруєнь потрібен особливий індивідуалізований підхід, доброзичливе, співчутливе ставлення до хворих з дотримання етичних норм поведінки медичного персоналу у ставленні до пацієнта. Від цього значною мірою залежить кінцевий результат лікування хворого.
3. Етика та деонтологія, є надзвичайно актуальними в клінічній токсикології.

Список використаних джерел:

1. Зербіно Д.Д., Гичка О.Г., Рибка В.М. Формулювання клінічного та патологоанатомічного діагнозів: сучасний погляд на проблему / Укр. мед. часопис. – 2009. – №4 (72). – С. 45-47.
2. Puacz E., Glusiec W., Madej-Czerwonka B. Polish Code of Ethics of a Medical Laboratory Specialist. EJIFCC. 2014 Sep 4; 25(2):199-206.
3. Dobrowolska B., Wrońska I., Fidecki W., Wysokiński M. Moral obligations of nurses based on the ICN, UK, Irish and Polish codes of ethics for nurses. Nurs Ethics. 2007 Mar; 14(2):171-80.
4. Chaloner C. An introduction to ethics in nursing. Nurs Stand. 2007 Apr 18-24; 21(32):42-6.
5. Potter V.R. Bioethics: bridge in future, Englewood Cliffs (NJ), Prentice Hall, 1971. 196 pg.
6. Пустовіт С.В. Філософські засади медичної діяльності: медицина та життєсвіт пацієнта. VII Національний конгрес з біоетики, 2019. С. 24.
7. Mentzelopoulos S.D., Slowther A.-M., Fritz Zoe et al. Ethical challenges in resuscitation. Intensive Care Med. 2018 Jun; 44(6):703-716.
8. Плетенецька А. О., Мішалов В. Д., Марков Ю. І. Сучасний стан питання про судово-медичні аспекти помилок, що виникають при наданні медичної допомоги. Інтегративна антропологія. 2014. - № 1. – С. 63-67.
9. Правовые аспекты деятельности врача / Х.Х. Хапий, А.А. Старченко, Е.М. Шифман. – Петрозаводск: ИнтелТек, 2003. – 344 с.
10. Ярошецкий А.И. и соавт. Безопасность парентерального питания Вестник интенсивной терапии. 2012. № 3. С. 42-52.

11. Старченко А.А., Карпочева М.П., Фуркалюк М.Ю., Курило И.Н., Соколов А.Е. Отсутствие лечения при своевременно установленном диагнозе может явиться причиной смерти / Клиническая анестезиология и реаниматология. 2006. Т. 3. №6. С. 32-40.

12. Разумовский А.В., Лебедев В.В. Смерть пациента в стационаре и действия медицинского персонала: методические рекомендации. Н. Новгород: НГМА, 2008. 108 с.

13. Марков Ю. І. Організація питань ведення летальних випадків на ранньому госпітальному етапі / Україна. Здоров'я нації. 2010. №3 (15). С. 95-97.

14. Голованова І. Поняття якості медичної допомоги, оцінювання якості, критерії якості. Управління закладом охорони здоров'я. 2014. № 1. С. 40-44.

15. Banagozar-Mohammadi A., Delirrad M., Alizadeh A., Majidi M., Balali-Mood M. Status of clinical toxicology education and ethics in medical care of poisoned patients in the Islamic Republic of Iran and a comparison with other countries. Basic Clin Pharmacol Toxicol. 2020 Jun;126(6):475-483.

16. Wong A., Vohra R., Dawson A.H., Stolbach A. Impact of online toxicology training on health professionals: the Global Educational Toxicology Uniting Project (GETUP). Clin Toxicol (Phila). 2017 Nov;55(9):981-985.

17. Hitti E, El Zahran T, Hamade H., Morgan BW, Kazzi Z. Telephonic Medical Toxicology Service in a Low-Resource Setting: Setup, Challenges, and Opportunities. West J Emerg Med. 2021 Feb 15; 22(2): 450-453.

18. Wong A., Vohra R., Ruha A.-M. et al. The Global Educational Toxicology Uniting Project (GETUP): an Analysis of the First Year of a Novel Toxicology Education Project. J Med Toxicol. 2015 Sep;11(3):295-300.

19. Walker E.S., Roberts R.A. Collaboration and competition: ethics in toxicology. Toxicol Res (Camb). 2018 Feb 1; 7(4):576-585.

СОЦІАЛЬНО-ЕТИЧНІ ТА ДЕОНТОЛОГІЧНІ АСПЕКТИ ВЗАЄМОВІДНОСИН У ПРОФЕСІЙНІЙ ПАРІ «ЛІКАР-ФАРМАЦЕВТ»

*Ткаченко Наталя Олександрівна, д. фарм. н., доцент,
завідувач кафедри управління та економіки фармації,*

*Демченко Вікторія Олександрівна, к. фарм. н.,
доцент кафедри управління та економіки фармації,*

*Червоненко Наталія Михайлівна, к. фарм. н.,
доцент кафедри управління та економіки фармації,*

*Зарічна Тамара Пантелеймонівна, к. фарм. н.,
доцент кафедри управління та економіки фармації,*

*Маганова Тамара Валеріївна,
аспірант кафедри управління та економіки фармації,
Запорізький державний медичний університет*

Охорона здоров'я в Україні – комплекс законодавчих, теоретично-наукових, організаційних та медично-інфраструктурних об'єктів держави для постійного забезпечення громадян належною медичною допомогою. Частиною даного комплексу є фармацевтична сфера, яка здійснює медикаментозне забезпечення населення; проводить визначення потреби в лікарських засобах,

створення бази необхідних даних для вирішення питань інформування працівників закладів охорони здоров'я і населення про лікарські засоби та імунобіологічні препарати, які дозволені до застосування.

Означене вище підводить до поняття «поле відносин» медичного та фармацевтичного сектору охорони здоров'я.

Метою роботи є вивчення стану та особливостей комунікаційних зв'язків у професійній парі «лікар – фармацевт» з акцентом на нормативно-правове поле регулювання взаємовідносин та висвітленням проблемних соціально-етичних і деонтологічних аспектів з позиції фармацевтичного фахівця.

Охорона здоров'я (ОЗ) – соціально важлива галузь і займає вагоме місце у національній безпеці держави, що обумовлює обов'язкове державне регулювання її діяльності. Однак, враховуючи ринкові умови, регулюються лише загальні правила медичної, фармацевтичної та господарської діяльності суб'єктів галузі ОЗ, а регулювання питань щодо етичних і деонтологічних аспектів, які прописані в Етичному кодексі фармацевтичних працівників України (прийнято на *VII Національному з'їзді фармацевтів України 15-17.09.2010р.*) [1] та Етичному кодексі лікаря України (прийнято Всеукраїнським з'їздом лікарських організацій та X З'їздом Всеукраїнського лікарського товариства 27.09.2009р.) [2], закріплене за професійною спільнотою.

З позиції будь-якого комунікаційного процесу, якість професійного спілкування (взаємовідносини лікаря й фармацевта), залежить від обох суб'єктів: їх професіоналізму, відповідальності, порядності, толерантності, поваги тощо.

Аналізуючи вище згадані Етичні кодекси, можна зазначити, що для фармацевтичного працівника є чітко визначені правила професійного спілкування з усіма учасниками комунікативного процесу, що має місце у його діяльності – пацієнт, лікар, колега й суспільство (наукове товариство, ЗМІ). Щодо лікаря, то у Кодексі виділено суспільство, пацієнта та прописано колегіальність лікарів. Немає жодного пункту, який би стосувався відносин з фахівцями фармації.

На сьогодні, єдиним комунікаційним засобом у парі «лікар – фармацевт» є рецепт. У Наказі МОЗ №360 «Правила виписування рецептів на лікарські засоби і виробу медичного призначення, Порядку відпуску лікарських засобів і виробів медичного призначення з аптек та їх структурних підрозділів, Інструкції про порядок зберігання, обліку та знищення рецептурних бланків» [3] мова йде про те, що рецепт – це звернення лікаря до фармацевтичного працівника, яке повинно бути оформлено за типовими правилами.

На жаль, серед проблем сьогодення для фармацевтів аптечних закладів лишається відсутність бажання лікарів виписувати рецепти відповідно Правил, а якість виписуваних рецептів зиче кращого. Крім того, лікарі «важко» йдуть на контакт з фармацевтичним фахівцем, зустрічається зневажливе ставлення у розмові й останні не бажають виправляти помилки, на які коректно вказує фармацевт.

Отже, на нашу думку, медична й фармацевтична спільнота повинна приділити даному питанню увагу. Адже головна мета професійної діяльності

лікаря (практика і вченого) – збереження та захист життя й здоров'я людини в пренатальному і постнатальному періоді, профілактика захворювань і відновлення здоров'я, а також зменшення страждань при невиліковних хворобах, при народженні і настанні смерті. Основним завданням професійної фармацевтичної діяльності фахівця галузі є профілактика захворювань, збереження та зміцнення здоров'я людини. Дані цілі співпадають. Потрібно виправляти і професійні відносини.

Список використаних джерел

1. Етичний кодекс фармацевтичних працівників України [Електронний ресурс]. Режим доступу : https://nuph.edu.ua/wp-content/uploads/2015/04/etichnij_kodeks_pharm_pratsivnik.pdf.
2. Етичний кодекс лікаря України [Електронний ресурс]. Режим доступу: <https://zakon.rada.gov.ua/rada/show/n0001748-09/print>.
3. Правила виписування рецептів на лікарські засоби і вироби медичного призначення, Порядку відпуску лікарських засобів і виробів медичного призначення з аптек та їх структурних підрозділів, Інструкції про порядок зберігання, обліку та знищення рецептурних бланків. Наказ МОЗ України № 360 від 19.07.2005 р. [Електронний ресурс]. Режим доступу : <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/z0782-05#n37>

ПРОБЛЕМА ПРИЙНЯТТЯ РІШЕНЬ В МЕДИЦИНІ КРИТИЧНИХ СТАНІВ

*Давидова Анна Григорівна, к. мед. н., доцент кафедри дитячих хвороб,
Курочкін Михайло Юрійович, д. мед. н.,
професор кафедри дитячих хвороб,
Капустін Сергій Анатолійович, асистент кафедри дитячих хвороб,
Запорізький державний медичний університет*

Медицина критичних станів сьогодення розглядається як складова картина всієї клінічної медицини і включає в себе анестезіологію, інтенсивну терапію (реаніматологію), невідкладну допомогу та медицину катастроф [3, с. 5]. Цей розділ медицини має свої особливості, у тому числі в розрізі вимог до лікаря, його способу дій, поведінки та навіть темпераменту. Відомо, що в процесі невідкладної допомоги пацієнту при критичному стані важливо не стільки виставлення нозологічного діагнозу, скільки визначення провідного клінічного синдрому або його ускладнень, що насамперед загрожують життю. І від того, наскільки швидко, виважено і раціонально лікар буде вирішувати ситуаційні задачі, що зненацька виникають та неочікувано змінюють одна одну на місці події, при транспортуванні, у приймальному відділенні, у ліжка хворого або в операційній, залежить результат боротьби за життя [1, с. 4].

Одна з найбільш важких задач при наданні невідкладної допомоги пацієнту в критичному стані є зберігання лікарем спокою та ясної свідомості в умовах цейтноту. Поява паніки неминуче призводить до розгубленості лікаря, невпевненості в своїх діях, сприяє відсутності концентрації уваги. Зрозуміло, що це виливається в помилки при наданні допомоги, часто – фатальні. Лише

спокій та відсутність паніки, криштально чистий розум, здатність давати чіткі та зрозумілі команди в критичних ситуаціях можуть додати впевненості лікарю та усій бригаді, а також хворому та його родичам. Така поведінка не є притаманною всім лікарям медицини критичних станів, особливо – молодим та недостатньо досвідченим.

Можливо, при наявності деяких складнощів та проблем є сенс звернутися за допомогою до філософії? Так. Згадаємо насамперед Канта з його поняттям «чистого» розуму, який має переважати над «чуттєвим». Кант вважав, що розум не має ілюзій щодо власних можливостей, він свідомо робить їх предметом критики, і тому просувається у пізнанні [2, с. 38]. Можливо, ці принципи стали б у нагоді лікарям, які постфактум обмірковують свої дії в критичних ситуаціях. А при очікуванні таких ситуацій можна звернутися до Епікура та його розсудів про стан рівноваги та «атараксію», суть якої, на його думку, полягає у «відреченні від усього цього і у постійному збереженні в пам'яті загальних і найважливіших принципів» [2, с. 35]. На думку авторів, звернення до філософії та, вірогідно, до релігії може сприяти формуванню слухного стану рівноваги лікаря-спеціаліста з медицини критичних станів та допомогти йому бути максимально зібраним й об'єктивним при наданні невідкладної допомоги в умовах дефіциту часу.

Список використаних джерел

1. Владика А. С. Інфузійна терапія при критичних станах / А. С. Владика, В. В. Суслов, О. А. Тарабрін; під ред. проф. В. В. Сулова. – К.: Логос, 2010. – 274 с.
2. Жадько В. А. Філософські персоналії: анотація поглядів: довідник. – Запоріжжя: ЗДМУ, 2004. – 145 с.
3. Жданов Г. Г. Реанимация и интенсивная терапия: учебник для студентов высших учебных заведений / Г. Г. Жданов, А. П. Зильбер. – М.: Издательский центр «Академия», 2007. – 400 с.

4. ПРОБЛЕМА ПРОФЕСІЙНОГО ВИГОРАННЯ: «CONSUMOR ALIIS INSERVIENDO».

THE ROLE OF THE HEAD OF THE DEPARTMENT OF INSTITUTION OF HIGHER EDUCATION IN THE PREVENTION AND COUNTERACTING OF PROFESSIONAL BURNING OF A TEACHER

*Vasetska Larysa Ivanivna, PhD, Associate Professor,
Head of the Foreign Citizens Training Center
Zaporozhzhia State Medical University*

Professional burnout of a high school teacher is a vital and complex problem. In the scientific literature there are a number of concepts to denote the phenomenon of "professional burnout", namely "emotional burnout", "emotional exhaustion", "professional exhaustion". The interpretation of the concept of this phenomenon studied V. Zenkovsky, Y. Lvov, O. Baranov, A. Rean, V. Boyko, S. Jackson and others. According to researchers, the main factor in the emergence of this phenomenon in university teachers are organizational factors (working conditions, relationships with the head, colleagues, students, atmosphere in the team, etc.), ie factors that directly affect the job responsibilities of the teaching staff and which can be adjusted.

The burnout syndrome disturbs and complicates the professional life of both ordinary teachers and the head of the structural unit of the institution of higher education where this teacher works. Hence, this phenomenon will be considered and analyzed in two perspectives: the sphere of professional existence of the teacher and the impact on this sphere by the head of the teaching staff. In accordance with his job responsibilities, the head of the department ensures that all members of the team clearly fulfill their functional responsibilities and, unfortunately, does not always consider it necessary to pay attention to the physical or psychological health of their employees. This erroneous attitude to the subject-subject relations in the format of "manager-subordinate" leads not only to the destruction of relationships in the team, but also to the deterioration of production results, to reduce efficiency in organizing the educational process, including its aspects such as educational and methodical. In view of this, the leader is concerned about the problem of prevention and overcoming the syndrome of burnout in his fellow teachers. This problem is especially acute and relevant today, when the known factors that provoke such a socio-psychological state are added new social factors associated with long-term quarantine (COVID-19), which often requires social isolation, pedagogical activities in a virtual environment. However, the new production conditions do not reduce the physical, psychological and production burden on university teachers, but expand and increase it.

And if before the pandemic, according to the specifics of the work, teachers had many different situations of high emotional stress every day, which required resolving conflicts in interpersonal communication, the quarantine did not exclude the above factors, but expanded their formats through a virtual environment. During quarantine, most of the educational process was transferred to distance learning. This has led to new situational problems related to the new format of communication: its

capabilities and features of educational communication, providing a communicative tandem "teacher-student". Being under the lens of a webcam, recording all kinds of activities increases psycho-emotional tension, obliges to be in a state of constant anxiety and self-control, including verbalization of their communicative intentions, facial expressions and movements.

Thus, a certain attitude to the pedagogical phenomenon - "mixed learning" during quarantine - negatively affects the emotional state of teachers. The phenomenon of "blended learning" determines the precedent of conflict or contradiction between increasing personal and professional development of the specialist and reducing motivation for the intensity of communicative interaction in dyads "colleague-colleague", "teacher-student", "supervisor-employee", distancing from collective relationships, the desire to stop the growth of professional and personal responsibility.

Personal and professional growth of a teacher in modern teaching conditions in higher education is fast: every teacher, including teachers of philology in non-language educational institutions, was forced to master IT-technologies, introduce innovative educational technologies in their educational process, master the methods of teaching the discipline in online format, in the format of blended learning, to form and develop skills of active and wide implementation of promising and effective computer programs and implementation of new software electronic applications and their tools and resources to common learning platforms.

The conflict between the personal qualities of the teacher and the professional requirements for his personality as a specialist is emotionally exhausting. Helping to find a way out of the created production situations is a task not only of the teacher, but also one of the tasks and responsibilities of a highly qualified head of the scientific and pedagogical team or pedagogical department. It is the head of the department who should help the teacher to determine the appropriate style of behavior and methods of organizing the learning process in a "blended learning" environment.

Investigating the reasons that provoke the phenomenon of "burnout" at teachers of language departments of non-philological institutions of higher education, as well as factors that may be preventive for this phenomenon, and determining the role of the head of the pedagogical department in combating this phenomenon.

The manifestation of the above phenomenon is influenced, first, by the large number of contacts, which is specific to the work of the teacher. Secondly, the personal characteristics of the specialist, for example, we often observe in teachers of philology a tendency to perfectionism and instability of self-esteem, which has polar fluctuations: from subjectively underestimated to unjustifiably inflated. Third, excessive workload in methodological and scientific activities, leading to over-normalized work. Excessive loads caused by high requirements for presentability and deadlines for large volumes of work, to the level of performance of these works, which must be competitive among similar publications. All this causes constant anxiety and dissatisfaction with the achievements of many educators in this field, the desire to narrow their responsibilities to comfortable limits. The head of a particular department must know how to prevent all the above facts and help their subordinates

to get out of the state of "burnout", you need to clearly and correctly plan and define the prospects of the team, personalize planning in all areas and, more importantly, timely correlate their employees depending on their abilities, level of professional training, professional interest and commitment. All these measures are taken to prevent discrepancies between the high expectations of individual employees and reality. The relationship between the head and the teaching staff should be adequate: the head provides support, anticipates and prevents the development of any conflict that arises in the teaching staff or in the relationship "teacher-student group". The leader creates conditions for increasing the motivation and interest of teachers in expanding their responsibilities, for showing initiative. It is the leader who provides an opportunity to improve professional skills, create comfortable and friendly relationships in the team, and influences the state of production of colleagues. Tactically and strategically correctly defined production goals enable the success of their implementation and increase the sense of self-efficacy of teachers.

Thus, the prevention of burnout at teachers of higher education institutions requires a number of preventive actions and counteractions on the part of the head of the department where the teacher works. One of the conditions for counteracting the phenomenon of "burnout" is the head's competence to organize work and rest of employees and the head of the department has the ability to mobilize the efforts of colleagues in professional activities.

СУЧАСНІ ПОГЛЯДИ НА ПРОФЕСІЙНЕ ВИГОРАННЯ ВИКЛАДАЧА ЗАКЛАДУ ВИЩОЇ ОСВІТИ

*Пацера Марина Вікторівна, к.мед.н,
доцент кафедри пропедевтики дитячих хвороб,
Запорізький державний медичний університет,
Стець Вікторія Романівна, студентка 4 курсу,
факультет соціальної педагогіки та психології,
Запорізький національний університет*

Поняття «професійне вигорання педагогів» характеризується як комплекс ознак, що виникають як результат виснаження, формування негативних установок стосовно інших, розвиток негативного ставлення до себе та своїм професійним досягненням. Дійсно, стрімке сьогодення вимагає від людини будь-якого віку і професії вміння швидко і добре адаптуватися до змін сучасного світу. Для позначення того, що відбувається зараз з людством, в кінці ХХ століття американські військові ввели аббревіатуру VUCA, де кожна з букв охоплює цілий спектр явищ: volatility – нестабільність, uncertainty – невизначеність, complexity – складність, ambiguity – неоднозначність [2, с. 250]. Таку характеристику має сьогодення як нестійке, невизначене, складне і неоднозначне, ніж будь-коли раніше. Тому неможливо побачити та передбачити майбутнє та перспективи у професійному житті. Невизначеність розмиває можливості прийняття рішень, спричиняє затримку в проєктах та стратегічному плануванні. Сьогоднішні фахівці закладів вищої освіти (ЗВО) стикаються з багатогранними проблемами, від методології підготовки майбутніх фахівців і до складнощів вибору спеціалізації.

Поняття «професійного виснаження» наближене до «синдрому емоційного вигорання», вперше запропонував термін американський психіатр Герберт Фрейденберг у 1974 році як негативний психологічний стан, що виникає у людей професій, заснованих на взаємодії у системі «людина – людина» [3, с. 2]. За даними Всесвітньої організації охорони здоров'я (ВООЗ), вигорання характеризується «відчуттям сильної втомленості, втрати контролю й неспроможності досягти конкретних результатів на роботі». Спочатку цей термін був пов'язаним зі сферами діяльності, що надають допомогу іншим людям (соціальні працівники, медичні працівники тощо). Зараз вважається, що вигоранню підвернені всі професії, особливо ті, в яких ми працюємо в команді, несемо відповідальність за людей.

Викладачі ЗВО відносяться до групи ризику по виникненню «професійного вигорання», особливо за часів дії VUCA. Чинниками, що наближають розвиток ознак вигорання є, з одного боку, стрімкий розвиток технологічної сфери людства, діджиталізація, дистанційне навчання, а з іншого боку оновлені вимоги роботодавця до навичок і вмінь робітників. Професія викладача передбачає наявність багатьох умінь, які невинно змінюються і ускладнюються. І людині важко пристосуватися до такої швидкості, що, звичайно, відбивається на її самопочутті, ставленні до себе, перегляду своїх обов'язків, навиків у комунікації і вмінь постійного пошуку нової інформації. Така нестабільність вимагає швидкої адаптації фахівця, співпраці з колегами інформаційних технологій.

Дослідники психологи вважають, що причини «професійного вигорання» можна розділити на дві групи: організаційні (зовнішні) та особистісні (внутрішні). До зовнішніх відносять високу напругу та перенавантаження; монотонність чи постійні хаотичні зміни; завищені вимоги у виконанні обов'язків; часті переробки; конфлікти та критика з боку колег; обмежений час для реалізації поставлених завдань; незадоволеність результатами роботи; низька оплата праці; відсутність підтримки, похвали або заохочень. До особистісних причин можна віднести невиправдані очікування щодо роботи чи професії; зменшення власних заслуг, занижена самооцінка, низька стресостійкість; труднощі в інших сферах життя, «занурення у роботу як уникнення інших проблем»; завищені вимоги до себе, самокритика; «синдром відмінника» або «синдром рятувальника». Такий стан негативно впливає на результати праці, самопочуття та загальну якість життя.

Таким чином, «професійне вигорання педагогів» представляє собою комплексну проблему. На перший план виходить необхідність побачити у професіоналі звичайну людину, яка потребує активного відпочинку, оптимізації гігієнічних умов праці, корекції мотиваційних умов праці, надання спеціалізованої професійної допомоги (консультаційної, соціально-психологічної, інформаційної) [1, с. 173]. Необхідно розробити індивідуальну програму відновлення та саморозвитку фахівця для повернення інтересу до своєї роботи, подолання хронічної втоми. Забезпечити можливість якісного відпочинку, щоб уникнути психологічного виснаження; регулярно визначати професійні перспективи разом із роботодавцем; проводити тренінги та

навчання на тему професійного вигорання; мати можливість звернутися до психолога для індивідуальної консультації співробітників та членів їх родин.

Список використаних джерел

1. Богдан Н.Н., Самсонова Е.А. Эмоциональное выгорание у преподавателей вузов: способы выявления и предупреждения. *Международный научно-исследовательский журнал*. 2020. №6 (96). Ч. 2. С. 170-175.

2. Легомінова С.В. Концептуальні засади стратегічного управління конкурентними перевагами підприємств. *Економіка та управління підприємствами*. 2017. № 18. С. 250-255.

3. Мессинева Е.М., Мануйлова Н.Б., Фетисов А.Г. Проблема профессионального выгорания у преподавателей ВУЗов. *Мир науки. Педагогика и психология*. 2021 №2. 11 с.

TRADITIONAL SHINTO GROUP PRACTICES AS ELEMENTS OF JAPANESE “CORPORATE THERAPY”

Artemenko Yaroslava, PhD,

associate professor of the Philosophy and Sociology Department,

Rosliakova Marharyta, 3rd year student of the Pharmacy Faculty,

National University of Pharmacy, Kharkiv.

The problem of professional burnout is a serious challenge for society nowadays. This problem is especially acute in countries with high rates of economic development and a high level of professional competition. This problem has a number of aspects: social, psychological, economic, moral and even philosophical, since it is about a system of values, social priorities, problems of communication, meaning of life, correlation of the rational and irrational principles of the individual.

Japan is a vivid example of a world economic leader (Japanese GDP was \$42,212 per capita in 2020). At the same time, the professional burnout of Japanese workers, both psychological and physical, is the price that society pays for high economic performance. Japan is one of the few countries where there is a medical and sociological term 過労死 (karo-shi), "death from overworking", and official statistics are kept of such cases.

One of the factors explaining why in a seemingly successful Japanese society the problem of professional burnout is more acute than anywhere else is the peculiarity of the Japanese mentality. The attachment to community, respect for the hierarchy, the need for the social recognition and praise from the higher authorities are the personality traits of the Japanese been cultivated for centuries. The cultural and religious factor played an important role here, namely, Shintoism, the main principles of which are belief in the unity and orderliness of everything that exists, the spiritual connection of the individual and the social “body” (including a corporation), the primacy of the public interest over the private one, indisputable authority of tradition and pre-established rules. At the same time, where the problem is rooted, it also turns out to be a source of constructive solutions.

The Japanese corporation as a specially organized "body" takes care of its unity and the health of its individual "cells", based on economic interest and the need to

maintain traditional values. Using the practices of the Shinto religion, corporate management encourages the participation of their employees in out-of-work communal rituals. It is interesting that non-formalized and unregulated practices are associated in the mind of the Japanese with chaos and a threat to their legitimate position. Therefore, even regular corporate revels or the practice of *inemuri* (“social sleep”), the “absent presence” allowed in many companies, have their own rules and etiquette prescriptions.

An important element of the Shinto cult, inherited from Zen Buddhism, is meditation, the mechanism of which is simultaneous concentration and relaxation, and the goal is to gain awareness in actions and goal-setting, which is so important for preventing burnout of employees engaged in monotonous work.

Noteworthy are the folk festivals of *matsuri*, which were originally religious festivities, and over time became public rituals designed to cultivate a sense of unity and harmony with the world. One such festivity is *o-hanami*, sakura blossom viewing often shared by one company employees.

Shinto group practices are one of the options for the prevention and treatment of serious social diseases. While being not a one-size-fits-all recipe, they demonstrate how economic strategies, corporate ideologies and the system of traditional values can come together to find constructive solutions for important social problems. Plus, so called “corporate therapy” is an example of a complex attitude based on the strong world outlook grounding.

ПРОФЕСІЙНЕ ВИГОРАННЯ У ЛІКАРІВ-ІНТЕРНІВ

*Подліанова Олена Іванівна, к.мед.н., доцент кафедри дитячих хвороб;
Котлова Юлія Валентинівна, к.мед.н., доцент кафедри дитячих хвороб;
Дмитрякова Галина Миколаївна, асистент кафедри дитячих хвороб,
Запорізький державний медичний університет*

Синдром професійного вигорання – це стан емоційного виснаження, деперсоналізації (втрата індивідуальності, відокремленість від інших) і зниження особистих досягнень, що може виникнути у працівників, робота яких пов'язана з людьми. Тому для лікарів, які працюють в умовах постійного впливу не лише виробничих негативних факторів, але й нервово-емоційного перенапруження та високої відповідальності, цей синдром можна вважати «професійним захворюванням».

Загальноприйнятим вважається, що професійне вигорання притаманне досвідченим лікарям, які працюють тривалий час. Дослідники причин вигорання стверджують, що особливості сучасного суспільства висувають все більш високі вимоги до роботи фахівців. Лікарі постійно перебувають під увагою громадськості, стають все більш залежними та підзвітними. Системі охорони здоров'я нав'язується примітивна бізнес-культура, в якій персонал – «анонімні одиниці виробництва», а відділення – «одиниці отримання доходів» [1, с.119]. В таких умовах особливо схильними до вигорання стають саме молоді, недосвідчені лікарі, які не мають достатнього багажу практичних навичок, клінічних знань та психологічно не готові до спілкування із пацієнтами та колегами. Важливо додати, що нове покоління лікарів є

вразливішим до критики та робочих викликів, менш цілеспрямованим та нетерплячим. Сучасні моделі виховання формують у молоді почуття власної гідності, навчають принципам демократії та поважного відношення до особистості. Проте реалії роботи лікаря-інтерна в умовах ієрархічних відносин, які існують в робочому колективі, часто спростовують ці принципи. Залежність якості формування його професійного досвіду від старших колег іноді змушує лікаря-інтерна терпіти від них некоректне, а іноді й принизливе, ставлення. Все це глибоко розчаровує молодого спеціаліста вже напочатку трудової діяльності.

Метою нашої роботи було дослідження наявності та ступеню професійного вигорання у лікарів-інтернів 1 року навчання різних спеціальностей, які навчаються у Запорізькому державному медичному університеті. В роботі було використано опитувальник професійного вигорання (МВІ) в адаптації Н. Є. Водоп'янової за методикою К. Маслач та С. Джексона [1, с.199]. Опитувальник включає 22 стверджувальних, що пов'язані із професійною діяльністю. Складається з трьох субшкал (емоційне виснаження, деперсоналізація, персональні досягнення):

- Емоційне виснаження розглядається як основна складова вигорання і проявляється в переживаннях зниженого емоційного тону, підвищеного розумового навантаження і афективної лабільності, втрати інтересу і позитивних почуттів до оточуючих, відчуття «пересиченості» роботою, незадоволеності життям в цілому.
- Деперсоналізація проявляється в емоційній відстороненості і байдужості, формальному виконанні професійних обов'язків без особистої участі і емпатії, формуванні особливих, деструктивних відносин з іншими людьми.
- Зниження професійних досягнень відображає ступінь задоволеності людини собою як особистістю і як професіоналом. Незадовільне значення цього показника відображає тенденцію до негативної оцінки своєї компетентності і продуктивності і, як наслідок, зниження професійної мотивації, збільшення негативізму по відношенню до посадових обов'язків, схильність до звільнення себе від відповідальності, до ізоляції від інших, уникнення роботи спочатку психологічно, а потім і фізично.

Про наявність професійного вигорання свідчать високі оцінки за першими двома та низькі за третьої субшкалами. Методика доповнена математичною моделлю розрахунку загального індексу вигорання, кінцеве значення якого може бути від 0 (без вигорання) до 1 (найбільш виражене вигорання).

Статистичну обробку отриманих результатів проведено з використанням програмного забезпечення Statistica 10.0 (StatSoftInc., № JPZ804I382130ARCN10-J) непараметричними методами – описовим (медіана (Me), межі квартильних відрізків [Q25%; Q75%]), перевіркою рівності медіан кількох вибірок – критерієм Крускала-Уоліса; кореляційним аналізом за методом Спірмена, достовірність вважали наявною при $p < 0,05$.

Тестове опитування проведено серед 40 лікарів-інтернів 1 року навчання різних спеціальностей (фах «Ортопедія» – 11, фах «Педіатрія» – 15, фах «Акушкрство та гінекологія» – 9, фах «Офтальмологія» – 5) після 5 місяців

навчання в інтернатурі 1 місяць – на базах стажування, 4 місяці – в очній частині інтернатури).

За результатами тесту лікарі-інтерни загалом показали високий рівень емоційного виснаження (25,7 [18;38] балів). Також було встановлено високий показник деперсоналізації (16,1 [11;22] балів), що може свідчити про невміння інтернів спілкуватися та проявляти емпатію або про появу небажаних для лікаря поведінкових реакцій, таких як дегуманізація стосунків з іншими людьми, прояви черствості, безсердечності чи грубості. Загалом індекс вигорання був досить високим та склав 0,46 [0,34;0,64] (табл. 1).

Лише за третьою субшкалою професійних досягнень молодих лікарів отримано високий позитивний показник (33,2 [23;38] балів), що свідчить про їх достатню професійну мотивованість та впевненість в собі, готовність взяти на себе відповідальність та виконувати свої обов'язки завдяки отриманим знанням в університеті.

Таблиця 1. Показники професійного вигорання лікарів-інтернів 1 року навчання за опитувальником Maslach (МВІ), адаптованим за Водоп'яноюю Н.Є. (2017)

фах	Median [Q25%; Q75%]			
	емоційне виснаження	деперсоналізація	професійні досягнення	індекс вигорання
Ортопедія (n=11)	26 [19;38]	16 [15;22]	28 [23;38]	0,50 [0,43;0,64]
Педіатрія (n=15)	30,5 [23;31]	15,5 [13;17]	36 [33;37]	0,46 [0,41;0,50]
Акушерство (n=9)	22 [18;28]	14 [11;17]	34 [33;38]	0,39 [0,34;0,47]
Офтальмологія(n=5)	29 [21;29]	18 [14;19]	34 [28;38]	0,49 [0,43;0,51]
Загальний бал (n=40)	26,9 [18;38]	15,9 [11;22]	33 [23;38]	0,46 [0,34;0,51]

Таким чином, адаптація молодих лікарів до самостійної роботи – це важливий етап в формуванні їх як професіоналів. Проте, вже на початку інтернатури лікарі мають психологічні проблеми у вигляді емоційного виснаження та деперсоналізації. Для попередження раннього професійного вигорання лікарів-інтернів пропонуємо наступні кроки в організації ефективного навчального процесу:

1. Організація занять з лікарями-інтернами з максимальною практичною спрямованістю та використанням сучасних інноваційних методик викладання, наприклад, різними модифікаціями ділових ігор. Це дозволить максимально наблизити навчальний процес до практики з урахуванням особливостей сьогодення. Моделювання клінічних випадків навчить професійним алгоритмам надання допомоги, сформує у інтернів впевненість в своїх діях та вміння працювати в команді, зорієнтує на професійне розв'язування конфліктних ситуацій.

2. Доцільні впровадження психологічних практикумів та залучення фахівців-психологів для формування сучасних комунікативних навичок у молодих лікарів вже з перших місяців навчання в інтернатурі.

3. Організація надійного, доброзичливого тьюторського супроводу у вигляді професійної та психологічної підтримки молодих лікарів від наставників - викладачів університету на очному етапі навчання та лікарів - керівників заочної частини інтернатури.

Такий підхід дозволить ефективно розвивати інтегральні та загальні компетентності спеціалістів по закінченню інтернатури – спроможність до самооцінки власних досягнень, критичного мислення, аналізу та вирішення ситуативних проблем в медичній практиці, збереже соціальну активність та відповідальну громадянську позицію у лікарській діяльності. Це допоможе сформувати правильне відношення лікарів-інтернів до професії, попередити їх емоційне вигорання та залишитися в професії максимально ефективним якнайдовше.

Список використаних джерел

1. Vodopyanova N. E. Sindrom vyigoraniya: diagnostika i profilaktika / N. E. Vodopyanova, E. S. Starchenkova. – 2-e izd. – SPb: Piter, 2009. – 336 s.; il. – (Seriya «Prakticheskaya psihologiya»).

2. Данильчук Г. О. Оцінка ступеня емоційного вигорання у лікарів та лікарів-інтернів на етапі післядипломної освіти/ Г. О.Данильчук; Я. І. Венгер; Д. О.Лагода// Медична освіта. – №2, 2019. – с. 137-142.

3. Як впоратись з емоційним вигоранням медичним працівникам [Електронний ресурс]. Режим доступу: <https://moz.gov.ua/article/for-medical-staff/jak-vporitis-z-emocijnim-vigorannjam-medichnim-pracivnikom>

4. Кривенко В.І. Психоемоційний та вегетативний стан лікарів-інтернів на початку професійної діяльності/ В. І. Кривенко, О. П.Федорова, І. В. Непрядкіна, І. С. Качан, С. П. Пахомова, О. І. Бородавко// Актуальні питання вищої медичної (фармацевтичної) освіти: виклики сьогодення та перспективи їх вирішення: матеріали XVIII Всеукр. наук.-практ. конф. в онлайн-режимі за допомогою системи microsoft teams (Тернопіль, 20–21 трав. 2021 р.) / Терноп. нац. мед. ун-т імені І. Я. Горбачевського МОЗ України. – Тернопіль: ТНМУ, 2021. – 265-270 с.

ПРОФЕСІЙНЕ ТА ЕМОЦІЙНЕ ВИГОРАННЯ ПРАЦІВНИКІВ МЕДИЧНОЇ СФЕРИ

*Кравченко Володимир Юрійович, кандидат політичних наук,
старший викладач кафедри гуманітарних наук,
Дніпровський державний медичний університет*

В умовах сучасного розвитку ризик професійного та емоційного вигорання є значно вищим для людей, які залучені до інтенсивного міжособистісного спілкування і роботи з постійним стресовим навантаженням. Особливо сильно ці синдроми можуть проявлятися у працівників медичної сфери, які через втому, виснаження, високу відповідальність і емоційне вигорання ризикують втратити психологічну рівновагу та стійкість. В останні декілька років поширення коронавірусної хвороби і збільшення навантаження на медичні системи держав світу стало причиною додаткового фізичного, психологічного та емоційного спустошення працівників медичної сфери.

У зв'язку з цим, зросла кількість наукових публікацій, які вивчають емоційно-психологічний стан медичних працівників та їхню здатність адаптуватися до роботи в умовах постійного стресу, тривалого навантаження, соціальних конфліктів та емоційного тиску від спілкування з пацієнтами.

Одним із перших дослідників, який звернув увагу на необхідність вивчення причин і шляхів запобігання негативним проявам професійного вигорання у медичній сфері був американський дослідник Г. Фройденбергер. У своїх публікаціях він наголошував, що головними факторами професійного вигорання можуть бути: тривала напружена робота; сильне емоційне навантаження; конфлікти на робочому місці; криза життєвих орієнтирів та цінностей; інтелектуальна діяльність з високим рівнем відповідальності і емпатії [3, с. 142].

Український дослідник А. Степанчук визначає професійне вигорання як негативний стан, що є наслідком тривалої дії стресу на людину, проявами якого є розчарування, роздратування, відчуття постійної втоми, погіршення настрою, апатія, виснаження, втрата мотивації та інтересу до своєї професійної діяльності [3, с. 142]. У науковій теорії американської дослідниці Х. Маслач професійне вигорання розглядається як негативний процес руйнування психічної енергії, загальне виснаження індивіда та втрата віри у свої професійні здібності і сили [4, с. 144]. Отже, професійне вигорання можна описати як негативну реакцію організму людини на тривалий вплив стресових факторів, які є наслідком професійної діяльності.

Останнім часом у науковому просторі поряд з поняттям «професійного вигорання» все частіше використовують терміни «емоційне вигорання» та «професійна деформація», які вказують на втрату особою емоційної та фізичної енергії, розумове виснаження, песимізм, негативну самооцінку, втому і зменшення задоволення від результатів власної роботи [2, с. 28]. Зокрема, найпоширенішими ознаками емоційного вигорання є погіршення працездатності, постійна втома, втрата інтересу до професійної діяльності, проблеми зі сном, увагою та пам'яттю, розвиток депресії, нервового напруження та психічних розладів [4, с. 142].

Враховуючи останні наукові дослідження можна виокремити три групи факторів, які впливають на рівень професійного вигорання:

1) особистісні фактори (характер, вік, стать, досвід професійної діяльності та емоційно-психологічний стан індивіда);

2) рольові фактори (життєві та професійні обставини, які можуть зруйнувати мотивацію до роботи);

3) організаційні фактори (стресові ситуації та конфлікти на робочому місці, відчуття провини і самотності, зменшення соціальних контактів і байдужість до колег) [1, с. 49].

За класифікацією ВООЗ професійне вигорання є глобальною хворобою ХХІ століття, яка може вражати людей будь-яких професій, але особливо сильний негативний вплив такого синдрому спостерігається серед осіб, які працюють у соціальній сфері і постійно взаємодіють з людьми [1, с. 47]. Серед найпоширеніших симптомів професійного і емоційного вигорання спеціалісти

ВООЗ виокремлюють наступні: зневіра у власній професійній компетентності; негативне ставлення до роботи; відсутність мотивації і віри у власні сили; відчуття постійної втоми, порушення якості сну та уваги; пригнічений настрій та депресія; втрата самоконтролю; погіршення стану здоров'я.

Численні наукові та медичні дослідження вказують на те, що синдром професійного вигорання відбувається у декілька етапів:

1) напруження – розчарування, дратівливість, погіршення настрою та схильність до депресії;

2) опір – прояв захисної реакції та прагнення уникати негативного емоційного навантаження;

3) виснаження – зневіра у власних силах, втома, апатія і погіршення стану фізичного та психічного здоров'я [4, с. 144].

Професійні рекомендації психологів та лікарів засвідчили, що профілактика професійного вигорання передбачає постійну емоційну та інтелектуальну роботу над собою та своїми переживаннями. Для зменшення негативних проявів такого вигорання потрібне оптимістичне мислення, терпіння, ефективний розподіл часу і планування роботи, підтримка рідних та близьких, повноцінний сон та фізична активність, зменшення емоційної напруги і відпочинок, контроль за власним емоційним, фізичним і психологічним здоров'ям, що дозволить знайти рівновагу між професійною діяльністю та особистим життям.

Таким чином, професійне або емоційне вигорання можуть мати тривалий негативний вплив на емоційно-психологічне і фізичне здоров'я працівників медичної сфери. Наслідком цього може стати падіння мотивації до професійної діяльності, негативне ставлення до себе та оточуючих, зменшення стресостійкості, погіршення власної самооцінки і байдужості до оточуючого середовища.

Список використаних джерел:

1. Булах В. П. Синдром професійного вигорання як складний психофізіологічний феномен // Медсестринство. – 2015. – № 4. – С. 47-51.

2. Кавецька Н. А. Професійне вигорання серед медичних працівників: психологічні аспекти / Н. А. Кавецька, С. М. Андрейчин, Н. З. Ярема // Медична освіта. – 2020. – № 4. – С. 27-31.

3. Степанчук А. П. Вплив карантинних обмежень на розвиток професійного вигорання викладачів вищих навчальних закладів України // Актуальні проблеми сучасної медицини. – 2021. – Т. 21, вип. 1 (73). – С. 141-145.

4. Шевчук В. В. Сучасні підходи до визначення категорії «емоційне вигорання» // Науковий журнал «Габітус». – 2020. – Випуск 17. – С. 141-145.

ПРОБЛЕМА ПРОФЕСІЙНОГО ВИГОРАННЯ ПЕДАГОГІВ

*Шовкопляс Оксана Василівна, викладач ЦППГ,
Запорізький державний медичний університет*

Людина, обираючи ту чи іншу професію, звертає увагу на свої можливості й уподобання, престижність професії в суспільстві, при цьому не враховує специфічні психологічні якості необхідні для обраного фаху. Вона

впевнена, що зможе реалізувати себе як особистість, досягти певного становища в суспільстві, орієнтуючись здебільшого на позитивні сторони тієї чи іншої професії, ігноруючи негативні аспекти обраної спеціальності. Протиріччя можуть пізніше призвести до професійного вигорання.

Мета статті – обґрунтувати поняття синдрому професійного вигорання, охарактеризувати стадії прояву синдрому; зупинитися на особливостях попередження професійного вигорання педагогів.

У 70-х р. ХХ століття Герберт Фрейденберг ввів термін «вигорання» - «burnout» у зв'язку з вивченням вимог, які висуваються до соціальних професій. Він звернув увагу, що у людей, чий фах пов'язаний із міжособистісними стосунками, психічне і фізичне самопочуття погіршується. Професія педагога належить до групи «людина – людина». Для неї характерним є інтенсивне спілкування з різними віковими категоріями людей, публічність, відповідальність, емоційно напружена атмосфера. При вивченні ефективності роботи педагога на перший план виступає проблема синдрому професійного вигорання.

Дослідженням синдрому професійного вигорання займалися К. Маслач, В.В. Бойко, Н.Є. Водоп'янова, С.Д. Максименко, Л.М. Карамушка. Особливостями професійного стресу та окремі прояви синдрому професійного вигорання педагогів розглядалися вченими О.А. Барановим, В.В. Зеньковським, Л.Ф. Колесніковою, Ю.Л. Львовим, А.С. Шафрановою, І.А. Прокопенко, Р.З. Сабанчієвою.

Синдром професійного вигорання – «це стан фізичного, емоційного, і розумового виснаження та хронічною втомою, почуттям безпорадності та безнадійності, розвитком негативної самооцінки та негативного ставлення до роботи та життя» [6, с.223].

Професійне вигорання – це процес довготривалий, коли поступово збільшується емоційне напруження, яке переходить у фізичну втому, виникає стан апатії або агресії. Дж. Гринберг виділяє 5 стадій синдрому професійного вигорання. Перша стадія – «медовий місяць». Працівник працює із задоволенням, легко вирішує всі проблеми. Чим більше цих проблем, тим менше задоволення від роботи. Друга стадія характеризується появою втоми, безсонням. Якщо немає додаткової мотивації, втрачається інтерес до справи, знижується ефективність роботи. При високій мотивації відбувається професійне виснаження. На третій стадії надмірне використання своїх можливостей завдає шкоди здоров'ю: фізична втома, психологічні проблеми. На четвертій стадії у зв'язку із розвиненням хронічних хвороб можлива часткова втрата працездатності. Людина незадоволена собою, обраною професією. На п'ятій стадії відбувається загострення фізичних і психологічних проблем і ні про яке професійне зростання мова не може йти [4, с.18].

І.А. Прокопенко виділяє фактори, які призводять до професійного вигорання педагогів: напружена психоемоційна діяльність, пов'язана із вирішенням великої кількості невідкладних проблем; дестабілізуюча організація діяльності, подвійні вимоги, надмірна, погано структурована інформація; завищені вимоги контингенту; підвищена відповідальність за

функції які виконує вчитель, а також нав'язування суспільством нових обов'язків; регламентація і постійний контроль роботи; нестабільна психологічна атмосфера, що відрізняється конфліктністю; психологічно різноманітний контингент, серед якого є діти із фізичними і психологічними вадами. Сюди можна додати недостатню матеріальну платню; велике робоче навантаження, спричинене відсутністю унормованого позаурочного часу; сімейні проблеми; відсутність візуальних результатів своєї праці.

Нагальним стає пошук рішень, технологій з профілактики та зниження стресових ситуацій в роботі педагогів.

Які ж шляхи вирішення цих проблем? Нижче надаємо можливі варіанти:

1. навчання, підвищення кваліфікації педагогів;
2. визнання досягнень;
3. створення сприятливого психологічного клімату;
4. спілкування поза навчальним закладом;
5. новизна і свобода діяльності;
6. підтримка фізичного та психічного здоров'я [6, с.225];
7. своєчасне діагностування і профілактика емоційного вигорання;
8. створення пунктів психологічної підтримки педагогів.

Не слід ігнорувати профілактичні заходи. К. Маслач і Лайтер виокремлюють 5 найважливіших правил, які знижують можливість виникнення синдрому професійного вигорання: працювати в команді, виокремлювати пріоритеті між задачами; розподіляти робочий час і навантаження; розвивати в собі здатність конструктивно змінюватися у напружених умовах; підтримувати в собі позитивні, оптимістичні умови [3, с. 63].

Список використаних джерел

1. Бойко В.В. Синдром емоціонального вигорання в професіональному общении. – СПб.: Питер,1999. – 105с.
2. Водопянова Н.Е. Синдром вигорання: диагностика и профилактика / Н.Е. Водопянова , Е.С. Станчеркова. – СПб.: Питер, 2005. –336 с.
3. Главацька О.Л. Попередження та подолання професійного вигорання соціальних працівників // Науковий вісник Ужгородського національного університету: серія: Педагогіка. Соціальна робота / гол. ред. І.В. Козубовська. – Ужгород: Говерла, 2019. – Вип. 2 (45). – С. 41–45.
4. Орел В.Е. Феномен «выгорания» в зарубежной психологии. Эмпирические исследования // Психологический журнал. – 2001. – №1. – С. 16–22.
5. Прокопенко І.А. Професійне вигорання педагогів як психолог – педагогічна проблема // Наукові записи кафедри педагогіки. – 2019. – Вип.45. – С.59-64.
6. Сабанчиева Р.З. Эмоциональное выгорание и самореализация преподавателя высшей школы в профессиональной деятельности // Вестник Санкт Петербургского университета. Серия 12: Психология. Социология. Педагогика. 2008. №2. С. 222-227.
7. Maslach C., Jackson S. The measurement of experienced burnout. Journal of occupational behavior, 1981. Vol. 2. P. 26–34.

ПРОФЕСІЙНА ІДЕНТИЧНІСТЬ ЯК ЧИННИК ЗАПОБІГАННЯ ПРОФЕСІЙНОГО ВИГОРАННЯ ЛІКАРІВ

*Разумна Алла Григорівна, кандидат педагогічних наук, доцент,
Стриженко Тетяна Олександрівна,
старший викладач кафедри педагогіки, філософії та мовної підготовки, Харківська
медична академія післядипломної освіти*

Проблема професійного вигорання є важливою в забезпеченні адаптивних, ресурсних, продуктивних особистісних станів у професіоналів сфери охорони здоров'я. Серед чинників запобігання професійного вигорання особистісний компонент самовизначення, аутентифікація та професійна самоідентифікація посідають значне місце [1; 2; 3; 4; 5; 6; 7].

Емоційне (професійне) вигорання – психологічний стан особистості, що пов'язаний з нездатністю особистості ефективно виконувати діяльність, що викликана перенапруженням, передусім, мотиваційно-сисловою та афективно-вольовою сфер. Основний «механізм» вигорання визначається «неефективністю» та перевантаженням зусиль, що прикладає особистість для досягнення очікуваного нею результату [8].

Професійна ідентичність охоплює інтрапсихічні (комунікативні) та інтрапсихічні (аутентифікаційні, саморегуляторні) характеристики особистості фахівця. Комунікативна складова професійної ідентичності виявляється у самопрезентації фахівця в професійному та непрофесійному оточенні, у об'єктивізації професійно обумовлених стосунків в суспільстві (в межах виконання професійних функцій на робочому місці, в ситуаціях захисту професійних інтересів у соціальному середовищі), обумовлюється мірою визнання особистості професіонала професійною спільнотою тощо. Однак, в аспекті взаємозв'язку з емоційним (професійним) вигоранням (його інтрапсихічною та психофізіологічною природою) найбільш важливу роль відіграють інтрапсихічні характеристики професійної ідентичності – суб'єктивне прийняття інтеріоризованих характеристик професії як власних (аутентизація), взаємопроникнення особистісних і професійних цінностей на рівні особистісної саморегуляції тощо [9].

Особистісно-ціннісна сторона професійної ідентичності, що визначає ставлення фахівця до самоідентифікованої професії, окреслює місце, що посідає самовизначення як професіонала в мультиплікативній структурі особистості. Аналіз аксіологічного компоненту в структурі професійної ідентичності професіоналів медичної сфери дозволяє визначити континуум ціннісних ставлень до професії, професіоналів і себе як професіонала даної галузі. Такий континуум кореспондується із такими особистісними характеристиками, як мотиваційна спрямованість (зовнішня та внутрішня мотивація професійної діяльності), особистісно-персональні процеси у асиміляції та акомодатії професійних цінностей (персоніфікація та персоналізація).

Професійна ідентичність як феномен професіоналізму фахівця в інтрапсихологічному контексті визначається тим, що аутентичність особистості містить професійний компонент, з яким вона себе співвідносить: особистість в певному контексті «живе професією», баче її сенс як власний особистісний.

Можна розрізнити людей, що виконують професійну діяльність, за умовним ступенем сформованості її інтрапсихологічної складової, полярними характеристиками такого континууму є – «ідентичний» професіонал та «адаптивно-функціональний» професіонал. «Ідентичний» професіонал – виконує професійну діяльність, внутрішньо співвідносить власну особистісну автентичність та професійну самоідентифікацію. Під «адаптивно-функціональним» професіоналом ми маємо на увазі людину, що для власної соціальної адаптації «вимушено» виконує професійні функції без автентичного самовизначення. Ментально-психологічний стан виконання професійної діяльності «ідентичним» та «функціональним» професіоналом відрізняється – перший її «проживає» як особистісний процес з внутрішніми виборами, переживаннями тощо, а другий – її не переживає, а «механічно» виконує завдання до певної міри відсторонено, не вкладаючи в її зміст власного особистісного сенсу [9].

Результати наших досліджень висококваліфікованих професіоналів сфери охорони здоров'я, які є викладачами в медичних вишах, показали, що є варіативність у визначенні мотиваційного компоненту професійної ідентичності фахівців – співвідношення зовнішніх та внутрішніх чинників в її структурі. Зовнішня мотивація обумовлена сенсом поза основного змісту діяльності і пов'язана із певними потребами, що не лежать в площині професійних функцій (матеріальна, індивідуально-психологічна, соціально-психологічна тощо), а також сама має дві модальності – позитивну та негативну. Позитивна зовнішня мотивація «додає» до можливостей особистості в реалізації власних потреб, а негативна зовнішня мотивація викликана необхідністю «запобігання» втрат, які можуть наступити при невиконанні. Внутрішня мотивація обумовлена сенсом самої діяльності, її змістовими та процесуальними атрибутами (якістю професійного результату, ефективністю професійного процесу, контрольованістю наслідків професійної діяльності, основною професійною місією тощо).

Вивчення проблеми емоційного вигорання фахівців сфери охорони здоров'я дозволило нам дійти до таких попередніх висновків (дослідження продовжуються). Набуття стану емоційного вигорання залежить від суб'єктивних чинників ефективності зусиль особистості. Такі чинники можуть бути пов'язані із мотиваційним та афективно-вольовим компонентами і визначатись різним ступенем їх перевантаження. Так, якщо у фахівця перенавантажена мотиваційна складова при зовнішній змушеній мотивації, коли сам процес виконання пов'язаний із низьким вкладом особистісного сенсу у мотивацію діяльності, відсутність «швидкого» або «очікуваного» результату природньо посилює внутрішній супротив, в ментальному результаті – наступає стан «неприйняття» подальшої діяльності. При цьому перевантажується афективно-вольова сфера, оскільки саме виконання визначається значним внеском вольових зусиль та самообмежень при її виконанні, а додаткові зусилля, що необхідні для отримання результату вже відчуваються особистістю як «надможливі».

Виконавець професійної діяльності, що має низький рівень внутрішньої мотивації й високий рівень афективно-вольового напруження для можливості її здійснювати, має «низький поріг» вигорання, що обумовлений мотиваційним аспектом діяльності. Самий низький рівень має виконавець («функціональний» фахівець) у випадку зовнішньої позитивної мотивації: коли зусилля потребують збільшення, то ментально виникає супротив, який «знецінює» ті очікувані вигоди, від яких особистість поступово відмовляється. Самий високий – виконавець з внутрішньою мотивацією («ідентичний» фахівець) у випадку «аутентичності» (співпадіння із особистісними сенсами) діяльності, оскільки вона не потребує вольових зусиль, є афективно прийнятною для виконавця. Разом з цим, навіть «ідентичний фахівець» може виснажити власні зусилля, якщо вони не призводять до очікуваного результату. Тут вирішальну роль відіграє можливість фахівця для пошуку конкретних ексклюзивних рішень, основою яких є властивість особистості до професійної креативності. Цей аспект реалізації професійної діяльності стосується інструментальної готовності фахівця (компетентності), та здатності до творчого переосмислення змісту самої діяльності в конкретних обставинах. Отже, найвищий поріг вигорання мають фахівці, що приймають самостійні професійні рішення і є «професійно ідентичними», мають внутрішню мотивацію професійної діяльності, спираються на креативний рівень володіння інструментальною основою професії, що дозволяє ексклюзивно вирішувати професійну ситуацію.

Важливим моментом в аспекті здатності до прийняття ексклюзивних професійних рішень є такий рівень володіння професійною компетентністю, що дозволить креативно, з врахуванням конкретних обставин професійної ситуації, обирати кваліфікаційно правильні рішення в межах моделі визначених протоколів.

Список використаних джерел

1. Андрейчин С. М., Кавецька Н. А., Н. З. Ярема. Професійне вигорання серед медичних працівників: психологічні аспекти. Медична освіта. 2020. № 4. С.27 – 31.
2. Асонов Д. Емоційне вигорання медичних працівників: моделі, фактори ризику та протективні фактори. НейроNEWS. Збірник клінічних рекомендацій 2021. № 10 (131). С. 28 – 33.
3. Булах В. П. Синдром професійного вигорання як складний психофізіологічний феномен. Медсестринство. 2015. № 4. С.47 – 51
4. Лотоцька-Голуб Л. Л. Соціально-психологічні чинники резистентності до емоційного вигорання у професійній діяльності лікарів. Дис.канд.психол.наук, Київ, 2016. 257с.
5. Лотоцька-Голуб Л. Л. Ціннісне ставлення до професійної діяльності як передумова профілактики професійного вигорання у лікарів. Актуальні проблеми психології: Збірник наукових праць Інституту психології імені Г.С. Костюка НАПН України. Том. VI: Психологія обдарованості. Вип. 11. Київ-Житомир: Вид-во ЖДУ ім. І. Франка, 2015. С.342 – 351.

6. Лукомська С. О. Особливості перебігу кризи автентичності у лікарів різних спеціальностей. Простір і час сучасної науки (18-20.04.2016). 26 February 2018. HITS: 994

7. Лукомська С. О., Ножкін А. В. Зв'язок особливостей професійної ідентичності і синдрому емоційного вигорання у лікарів-стоматологів. Актуальні проблеми психології, 2013, Т. 10, Вип. 25., С.299 – 308.

8. Мащак С.О. Професійне вигорання особистості як соціально-психологічна проблема. Науковий вісник Львівського державного університету внутрішніх справ. № 2 (1). 2012. С.444 – 452.

9. Разумна А. Г. Управління формуванням нормативної професійної ідентичності майбутніх медиків. Теорія і практика управління соціальними системами. Щоквартальний науково-практичний журнал. 2018. №1. С.26 – 38.

УСЛОВИЯ ТРУДА И УРОВЕНЬ ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ МЕДИЦИНСКОГО ПЕРСОНАЛА БРИГАД СКОРОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ

*Стынкэ Кристина Анатольевна, аспирант, врач-гигиенист,
Пынзару Юрий Васильевич, доктор медицинских наук, доцент, врач-гигиенист,
Тону Татьяна Степановна, магистр общественного здоровья,
аспирант, врач-гигиенист,
Национальное Агентство Общественного Здоровья, Республика Молдова*

Профессиональная деятельность медицинских работников, в том числе на догоспитальном этапе связана с широким спектром профессиональных рисков, физическим и психологическим перенапряжением, стрессом, которые могут оказывать неблагоприятное влияние на состояние здоровья. К профессиональным рискам, с которыми сталкиваются врачи скорой помощи, относятся: инфекционные заболевания, насилие на рабочем месте, пагубные последствия ночных смен, повышенный риск злоупотребления психоактивными веществами и другие [2, с. 145-154; 4, с. 1-5].

Необходимо отметить, что высокий уровень заболеваемости медицинских работников обусловлен прямым контактом с больными, спецификой условий труда, например, оказание помощи в различных местах нахождения больных и пострадавших (в квартирах, на улицах и т.д.), под воздействием метеорологических факторов, ограниченного пространства, вибрации в автомобиле, риска травматизма, несоблюдения режима труда и отдыха и т.д. [1, с. 115-117; 2, с. 145-154]. Стресс является еще одной опасностью для персонала скорой помощи и может привести к эмоциональному выгоранию, в связи с которым качество трудовой жизни стало неизбежным вызовом и одной из самых актуальных проблем общества в целом. Также, по некоторым данным, работники скорой медицинской помощи (СМП) подвергаются насилию на рабочем месте со стороны пациентов или их родственников, со множественными последствиями для эмоционального состояния, вплоть до перехода к социальной изоляции и избеганию людей [3, с. e110-123; 8, с. 1-9]. В условиях глобального эпидемиологического кризиса, вызванного вирусом SARS-CoV-2, медицинские работники, сталкиваются с физическим и эмоциональным истощением, что может привести к врачебным ошибкам,

отсутствию эмпатии в лечении пациентов, снижению производительности труда, семейным проблемам и т.д. [5, с. 1-11; 7, с. 1059–1066]. В то же время, ограничение общения с семьёй, друзьями, может привести к психическому напряжению, в том числе к тревоге, бессоннице, депрессии, стрессовому расстройству.

Цель: Метаанализ научной литературы для предоставления обзора условий труда и оценка заболеваемости и летальности от инфекции COVID-19 медицинского персонала бригад скорой медицинской помощи.

Материалы и методы: Объект исследований составляет медицинский персонал бригад СМП. Был проведён комплексный поиск литературы, опубликованной в 2015-2021 гг., с использованием баз данных (PubMed Central, Medline, Cochrane Library, ScienceDirect, КиберЛенинка и др.) и дополнительным ручным поиском по релевантным публикациям, касающимся условий труда, профессионального риска и их влияния на здоровье. В то же время, в соответствии с электронной базой данных о случаях заражения вирусом SARS-CoV-2, были оценены и систематизированы данные о заболеваемости COVID-19 медицинского персонала бригад СМП в Республике Молдова.

Результаты и их обсуждение: Общее количество оцененных литературных источников составило 90 исследований, посвящённых проблеме качества жизни медицинского персонала СМП, с точки зрения факторов профессионального риска, в том числе в период пандемии COVID-19. Около 95% исследований показали, что специфическая деятельность и условия труда медицинского персонала СМП обусловлены комплексным воздействием физических, химических и биологических факторов, необходимостью быстрой диагностики любой патологии вне стационара, оказанием квалифицированной медицинской помощи в непредсказуемой обстановке, круглосуточными дежурствами, иногда дальними поездками, интеллектуальным и психоэмоциональным напряжением.

Согласно изученной литературе, условия труда сотрудников СМП, в соответствии с гигиенической классификацией труда отнесены по тяжести и напряженности трудового процесса к вредному второй и третьей степени [1, с. 115-117; 6, с. 12-13]. Обзоры литературы показали проявления последовательных симптомов депрессии, бессонницы, тревоги и посттравматического стрессового расстройства у медицинских работников в результате COVID-19, особенно среди женщин. В качестве предикторов профессионального стресса, являются боязнь заражения вирусом SARS-CoV-2, снижение безопасности при медицинских процедурах, чрезмерная рабочая нагрузка и нехватка средств индивидуальной защиты. В условиях пандемии, общий страх за свою жизнь, изоляция от семьи, социальное дистанцирование, стигматизация, являются факторами, способствующими значительному увеличению числа медицинских работников, страдающих тревогой, депрессией и посттравматическим стрессом.

Авторы более 10 статей отметили практику вредных привычек (курение, употребление алкоголя), употребление антидепрессантов, седативных и снотворных препаратов, среди медицинского персонала СМП, в связи с неблагоприятными условиями трудового процесса, особенно в период

пандемии. Приблизительно 15% исследований сообщают, что медсёстры достигают субклинических уровней тревоги, депрессии и соматических заболеваний, которые могут влиять на профессиональное качество оказанной медицинской помощи.

Касательно случаев заражения вирусом SARS-CoV-2, медицинского персонала бригад СМП в Республике Молдова, результаты анализа показали, что за период с 03.07.2020 (выявлен первый случай заражения в стране) по 30.01.2022 общее количество заражённых составило 1057 человек, соответственно 5,5% из общего числа 19249 инфицированных медицинских работников Республики Молдовы (7881 врачей и 11368 медсестёр, фельдшеров), в том числе 8 умерло (5,5% от 145 умерших медицинских работников) (рис. 1).

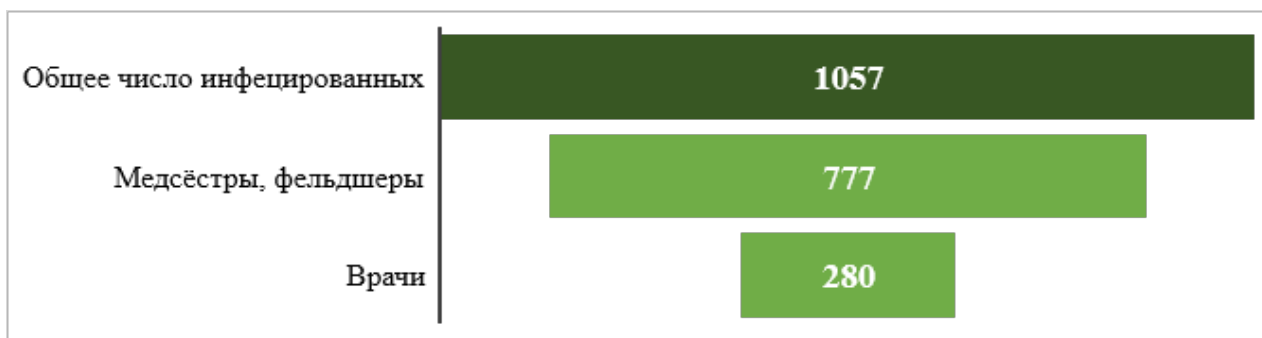


Рисунок 1. - Случаи заражения вирусом SARS
СМП

-CoV- 2

Среди инфицированных, преобладали медсёстры, фельдшеры – 73,5%, количество заболевших врачей составило – 26,5%. По половому признаку, преобладали женщины – 69,3% случаев заражения SARS-CoV-2. В зависимости от возрастной группы, наибольшее количество подтвержденных случаев были в возрасте от 49 до 58 лет – 315 инфицированных, далее возрастной интервал от 39 до 48 лет – 264 заболевших медицинских работников и т.д. (рис. 2).

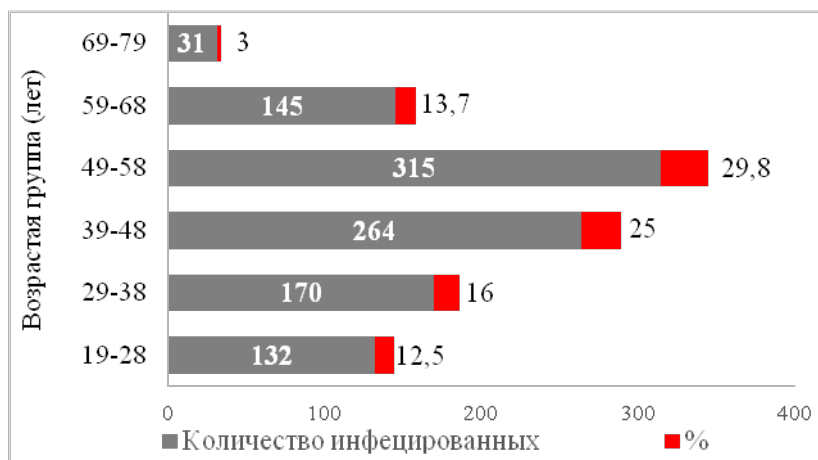


Рисунок 2. - Уровень заболеваемости SARS

-CoV- 2 п

Выводы: Изученная литература свидетельствует о наличии общего негативного воздействия на организм специфических для медицинской

деятельности факторов. В Республике Молдова, среди врачей, медсестёр, фельдшеров СМП были зарегистрированы 1057 случаев, в том числе 8 человек умерло. Большинство случаев заболевания было выявлено у медсестёр и фельдшеров – 73,5%, а по половому признаку преобладали женщины – 69,3%. В зависимости от возрастной группы, больше всего случаев зарегистрировано в возрасте от 49 до 58 лет – 315 инфицированных, далее от 39 до 48 лет – 264 заболевших медицинских работников. Необходимо разработать эффективную информационную систему контроля за состоянием здоровья медицинских работников (наличие соматических, профессиональных заболеваний, характер эволюции, инвалидность), под воздействием факторов производственной среды.

Список источников:

1. Бебых В. П., Фердохлеб А. И. Факторы профессионального риска и заболеваемость медицинских работников скорой медицинской помощи. В: Сборник материалов республиканской научно-практической конференции с международным участием «Здоровье и Окружающая Среда», посвященной 90-летию республиканского унитарного предприятия «Научно-практический центр гигиены», Том 1, Минск, 2017, стр. 115-117.
2. Жукова Светлана Александровна, Смирнов Игорь Валентинович. "Анализ условий и охраны труда работников сферы здравоохранения" Социально-трудовые исследования. 2020. №4 (41), с. 145-154.
3. Cannavò M, La Torre F, Sestili C, La Torre G, Fioravanti M. Work Related Violence As A Predictor Of Stress And Correlated Disorders In Emergency Department Healthcare Professionals. Clin Ter. 2019;170(2):e110-e123. doi:10.7417/CT.2019.2120.
4. Goolsby, C, Lala, V, Gebner, R, Dacuyan-Faucher, N, Charlton, N, Schuler, K. Emergency physician risk of occupational mortality: A scoping review. JACEP Open. 2021; 2:e12554. <https://doi.org/10.1002/emp2.12554>.
5. O'Dowd, E., O'Connor, P., Lydon, S., Mongan, O., Connolly, F., Diskin, C., McLoughlin, A., Rabbitt, L., McVicker, L., Reid-McDermott, B., Byrne, D. Stress, coping, and psychological resilience among physicians. BMC health services research, 2018, 18(1), 730.
6. Pînzaru I., Bebîh V., Eftodii I., Iularji C., Malîi A., Russu-Deleu Raisa și al. Ghid practic privind evaluarea igienică a factorilor mediului ocupațional și a procesului de muncă. Criteriile și clasificarea condițiilor de muncă. Chișinău, 2021. p. 12-13.
7. Shreffler, J., Petrey, J., & Huecker, M. The Impact of COVID-19 on Healthcare Worker Wellness: A Scoping Review. The western journal of emergency medicine, 2020, 21(5), p. 1059–1066.
8. Torabi M, Borhani F, Abbaszadeh A, Atashzadeh-Shoorideh F. Experiences of pre-hospital emergency medical personnel in ethical decision-making: a qualitative study. BMC Med Ethics. 2018;19(1):95. doi:10.1186/s12910-018-0334-x

5. ПРОБЛЕМА ТІЛЕСНОСТІ

ТЕМАТИКА ТІЛЕСНОСТІ У ТВОРЧОСТІ ГЕВІНА ФРЕНСІСА

*Вещикова Олена Сергіївна, кандидат філологічних наук,
старший викладач кафедри культурології та українознавства,
Запорізький державний медичний університет*

Гевін Френсіс (нар. 1975) – лікар загальної практики, який живе і працює в Единбурзі (Шотландія), поєднує професійну діяльність із пристрасною до мандрів та письменництва. Свій лікарський досвід він утілює у напівдокументальних, напівфікційних творах, які набули значної популярності. Два з них уже було перекладено українською мовою: *Adventures in Human Being: A Grand Tour from the Cranium to the Calcaneum* (у перекладі – “Дивовижні пригоди всередині тіла. Велика подорож від голови до п’ят”; книга отримала літературну премію Товариства Солтайр за науково-популярну літературу та стала книгою року Британської медичної асоціації) та *Shapeshifters: A Journey Through the Changing Human Body* (у перекладі – “Метаморфози. Нотатки лікаря про медицину та зміни людського тіла”; стала книгою року за версією Sunday Times і Scotsman).

У “Дивовижних пригодах...” Френсіс розкриває такий аспект категорії тілесності, як презентація тіла. Наратив побудовано на тому припущенні, що кожна людина має тіло, втім практично для кожного, за винятком лікарів, власне тіло залишається terra incognita, незвіданою територією. Автор веде читачів у подорож людським тілом, його книга – це мапа, путівник, що послідовно розповідає про мозок, очі, м’язи обличчя, внутрішнє вухо, легені, серце, молочні залози, плече, зап’ястя і кисть, нирки, печінку, кишківник, геніталії, матку, плаценту, тазостегновий суглоб, стопу і пальці ніг.

Особливістю творів Френсіса є те, що він не обмежується суто анатомічними подробицями, а, спираючись на свій багатий лікарський досвід і обширні культурні знання, поєднує клінічні історії з епізодами з історії медицини, філософії та літератури, щоб описати тіло у хворобі та здоров’ї, у житті та вмиранні, а також надати знання про те, як уявляли та зображували тіло протягом тисячоліть.

Гевін Френсіс досить наочно описує біль і страждання, не вживає евфемізмів і не уникає згадок про кров; багато епізодів стосуються пацієнтів із серйозними травмами. Для автора важливо всебічно розкрити красу людського тіла, і це змушує порушувати теми, табуйовані у звичному дискурсі. Наратор переконує, що для більшості лікарів на перший план виступає прагматика: “Огида від гнійних ран, ректального пролапсу і гангрени не має значення: їх потрібно оглянути, тому естетичний бік питання неважливий” [1, с. 188].

“Тімн динамізму й трансформації людського життя” [2, с. 15] співає Гевін Френсіс у “Метаморфозах...”. Проблема тілесності актуалізується у цьому творі через розповіді про постійні зміни, яких зазнає людське тіло. В основі наративу – випадки, які автор спостерігав у своїй клінічній практиці, про трансформації тіла пацієнтів, які до нього зверталися, об’єднуючи історії хвороби та історії медицини, мистецтва, літератури, міфів і навіть магії, щоб показати, як

змінюється сама суть людського життя. Так, Френсіс описує випадок рідкісного захворювання – порфірії, що колись породило міф про вовкулак.

Зазначені зміни можуть бути як природні і невідворотні, так і штучного походження, як бажані, так і небажані. Теми, які порушує Френсіс у книзі, можна умовно поділити на чотири частини. До першої належать оповіді про знакові зміни в людському тілі, що відбуваються із плином часу, а також фіксують перехід з одного стану в інший: зачаття, народження, зростання, статеве дозрівання, вагітність, клімакс, смерть. Друга частина містить наративи про кризові медичні стани, які впливають не тільки на організм, а й на психіку: ампутація кінцівки, перелом кістки, гормональні зміни, онкологічні захворювання.

Окрему увагу приділено метаморфозам, які чинять безпосередній вплив на свідомість людини, як-от психічні зміни, що залежать від фази Місяця, тривалість і якість нічного сну, роль пам'яті. І остання частина змін, на яких зосереджується автор, – це добровільне перетворення тіла, що набуває значного поширення у наш час: омолодження, татуювання, зміна статі, кастрація. Френсіс порушує проблему негативних наслідків таких перетворень: так, описується клінічний випадок, коли перспективна студентка юридичного факультету потрапила в пастку анорексії; зловживання нелегальними анаболічними стероїдами негативно позначилося на шкірі і фертильності бодібідера, а також спровокувало його неконтрольовану агресивність.

І вже у 2022 році вийшла найновіша книга Гевіна Френсіса *Recovery: The Lost Art of Convalescence*. Вона також присвячена проблемі тілесності, але тому її аспектові, який рідко порушують у медичному дискурсі, а саме одужанню. Френсіс висвітлює роль культурних, професійних та індивідуально-особистісних переконань у проблемі зцілення. Автор описує широкий спектр методів, що допомагають відновитися: від нововведень відомої британської реформаторки сестринської справи Флоренс Найтінгейл до подорожей і паломництва, від впливу природи до домашніх тварин і затишних махрових халатів. Мистецтво одужання, на його думку, полягає в тому, що людському тілу потрібно дати на це час. Лікар підкреслює важливість повільного зцілення і співчуття до хворого, а також дає уявлення про необхідність партнерських стосунків між медичним працівником і пацієнтом.

Список використаних джерел

1. Френсіс Г. Дивовижні пригоди всередині тіла. Велика подорож від голови до п'ят. Харків: Клуб сімейного дозвілля, 2016. 286 с.
2. Френсіс Г. Метаморфози. Нотатки лікаря про медицину та зміни людського тіла. Харків: Клуб сімейного дозвілля, 2020. 340 с.
3. Francis G. Recovery: The Lost Art of Convalescence. URL https://books.google.com.ua/books?id=CUg4EAAAQBAJ&pg=PT4&hl=uk&source=gbs_selected_pages&cad=2#v=onepage&q&f=false (дата звернення 21.01.2022)

МОРАЛЬНО-ЭТИЧЕСКИЕ ПРОБЛЕМЫ В ИССЛЕДОВАНИИ САХАРНОГО ДИАБЕТА I ТИПА У ДЕТЕЙ

Мереуцэ Ион Ефимович, д.м.н., профессор,

Институт физиологии и санокреатологии,

Леорда Анна Ивановна, к.б.н., доцент,

Институт физиологии и санокреатологии,

Ожован Виталина Витальевна, докторант, врач эндокринолог,

Государственный Университет Медицины и Фармации им. Н. Тестемицану, г.

Кишнев, Республика Молдова

По оценке International Diabetes Foundation (IDF) 415 миллионов жителей планеты страдают сахарным диабетом (СД) и это число, по оценкам, вырастет до 642 миллионов к 2040 г. [5, с.13]. Заболеваемость СД 1 типа растет во всем мире. Учитывая, что две трети случаев заболевания происходят в детстве, крайне важно, чтобы в исследованиях по прогнозированию и профилактике участвовали дети. При этом огромное значение приобретает соответствие текущих методологий исследования этическим принципам, перечисленным Национальной комиссией по защите людей в рамках биомедицинских исследований и принятым постановлениям, защищающие объекты исследований [6, с. 47; 7, с. 179]. Поэтому актуальной задачей остается поиск путей, которые способствовали бы разработке и планированию исследований, соответствующих всем этическим требованиям в этой области. Диабет встречается у детей и подростков всех возрастных групп, при этом почти все случаи у детей до 10 лет – это СД 1 типа. Это состояние сопряжено с необходимостью круглосуточного отслеживания, регулирования и контроля уровня сахара в крови ребенка. По мере того, как организм ребенка растет и взрослеет приходится менять диету и увеличивать дозу инсулина. Непрерывный мониторинг глюкозы (НМГ) дает возможность удаленного мониторинга уровня глюкозы для предупреждения ситуаций риска. Для дополнительной безопасности дети и подростки могут носить медицинский идентификационный браслет или цепочку. Три международных совместных проекта (Diabetes Mondiale (DIAMOND), Europe and Diabetes (EURODIAB) и SEARCH for Diabetes in Youth) сыграли важную роль в мониторинге тенденций в отношении количества детей, у которых ежегодно развивается диабет 1 типа. В этих проектах использовались региональные или национальные регистры населения со стандартизованными определениями, формами сбора данных и методами проверки. Данные крупных эпидемиологических исследований во всем мире показывают, что заболеваемость СД 1 типа увеличивается на 2-5% и что его распространенность составляет примерно 1 из 300 в США к 18 годам. Исследования факторов риска – это активная область исследований по выявлению генетических и экологических триггеров, которые потенциально могут стать объектом вмешательства. Эпидемиологические исследования играют важную текущую роль в изучении сложных причин, клинической помощи, профилактике и лечении СД 1 типа [3, с. 492]. В Соединенных Штатах СД 1 типа является самым распространенным метаболическим заболеванием в детском возрасте. В 2002 году Флорида стала первым штатом, предлагающим

проводить скрининг новорожденных на риск развития ювенильного диабета. Скрининг новорожденных включает выявление детей с генетической предрасположенностью к СД 1 типа. Он будет предлагаться в качестве добровольного теста в сочетании с обязательным метаболическим скринингом новорожденных. Младенцы, у которых обнаружен повышенный риск, будут набраны для последующих исследований, чтобы определить, разовьются ли у ребенка аутоантитела (доклиническое заболевание) или явный диабет, и когда это произойдет. При этом, возникают этические моменты, связанные с прогностическими исследованиями по скринингу диабета у новорожденных. Специалисты сошлись во мнении, что СД 1 типа представляет собой серьезную проблему для здоровья детей и для предотвращения или отсрочки его возникновения необходимо точное прогнозирование в младенчестве. Тем не менее, исследования в области прогнозирования в период новорожденности имеют потенциально серьезные психосоциальные последствия, которые должны учитываться в планах исследований. Чтобы свести к минимуму вред младенцам и их семьям, авторы предлагают две рекомендации. Во-первых, если исследование носит исключительно прогнозный характер (не включает в себя профилактическую стратегию), исследования следует, по возможности, планировать так, чтобы избежать раскрытия результатов повышенной чувствительности. Во-вторых, если раскрытие информации необходимо, то исследование должно быть ограничено детьми с «затронутым» родственником первой степени родства, и это будет справедливо даже для протоколов прогнозирования и предотвращения заболевания [7, с. 184]. В Российской Федерации создан Государственный регистр СД (ГРСД), который позволяет объективно оценивать эпидемическую ситуацию, оценивать качество оказания лечебно-профилактической помощи детям, прогнозировать заболеваемость и планировать мероприятия, направленные на повышение эффективности детской диабетологической службы. С 2001 г. в Институте детской эндокринологии ГУ ЭНЦ РАМН проводят анализ заболеваемости и распространенности СД 1-го типа у детей с помощью специально разработанных анкет. При проведении анализа эпидемиологических характеристик СД у детей и подростков в РФ установлено, что в динамике 2013-2016 гг. сохраняется рост распространенности СД 1 типа у детей при относительно стабильных показателях у подростков. Частота диабетических осложнений у детей и подростков с СД варьирует, а в структуре терапии данной возрастной группы соотношение инсулинотерапии в шприцах-ручках и помповой терапии по данным регистра составляет 80,9%/15,1% [1, с. 10]. Мобильные приложения для здоровья и носимые устройства широко доступны. Они дают возможность контролировать и отслеживать показатели здоровья непрерывно и в режиме реального времени, что позволяет диагностировать хронические заболевания. Полученные цифровые данные могут быть переданы поставщикам медицинских услуг, исследователям, а также быть выложены в социальных сетях. В этой связи возникают некоторые юридические и этические проблемы для врачей, например, при ведении детского диабета с использованием непрерывных мониторов глюкозы и инсулиновых помп.

Существующие правовые и этические подходы могут эффективно применяться при определении обязанностей медицинских работников, использующих новейшие технологии, признавая при этом значительные изменения в характере отношений между врачом и пациентом и восприятие терапевтической пользы некоторых технологий. Взаимоотношения врача и пациента претерпевают значительные изменения. Родители детей-пациентов все чаще пытаются контролировать лечение, и не из-за появившихся новых медицинских технологий, а скорее потому, что информационные и коммуникационные технологии дали им доступ к знаниям, которые ранее были доступны только врачам [2, с. 95]. Участие педиатров в нетерапевтических исследованиях, сопряженных с риском выше минимального, продолжительное время было предметом значительных дискуссий, в научной литературе по этике исследований. Хотя потребность в дополнительных педиатрических исследованиях называют морально императивной, и предпринимаются согласованные усилия для увеличения количества педиатрических медицинских исследований, важность защиты детей от чрезмерных рисков, связанных с исследованиями, остается первостепенной. Правила научных исследований в США, в значительной степени, основаны на обсуждениях и отчете Национальной комиссии по защите людей в рамках биомедицинских и поведенческих исследований. Авторы этого отчета назвали детей уязвимой группой населения и предложили дополнительные меры защиты, большинство из которых стало основой для законодательства этой страны. Один из наиболее оспариваемых наборов правил касается нетерапевтических исследований, например, исследований, которые не предполагают прямого преимущества для участников. Федеральные правила позволяют местным институциональным контрольным советам (IRB) одобрять нетерапевтические исследования, вызывающие незначительное повышение риска по сравнению с минимальным, когда в них участвуют дети, страдающие заболеванием или состоянием здоровья, на которое направлено исследование [4, с. 10].

Таким образом, в контексте исследований в области педиатрии строгое соблюдение правила о необходимости их проведения сначала на взрослых, чтобы минимизировать риски для детей, не всегда возможно, так как при этом охватывается большое количество лиц с очень разными физическими, когнитивными и эмоциональными возможностями, что требует дифференцированного подхода в оценке полученных данных. При этом, необходимо строго придерживаться специальных, регламентированных защитных мер [6, с. 65-69], чтобы гарантировать права и благополучие детей в ходе научной работы.

Список использованных источников

1. Дедов И.И., Шестакова М.В., Петеркова В.А. и др. Сахарный диабет у детей и подростков по данным Федерального регистра Российской Федерации: динамика основных эпидемиологических характеристик за 2013-2016 гг. *Сахарный диабет*. 2017; 20(6):392-402.

2. Carolyn Johnston, Lynn Gillam. Legal and ethical issues arising from the use of emerging technologies in paediatric type 1 diabetes. *QUT Law Review*. 2019. Volume 18, Issue 2, p. 93-110.

3. David M Maahs, Nancy A West, Jean M. Lawrence, et al. Chapter 1: Epidemiology of Type 1 Diabetes. *Endocrinol Metab Clin North Am*. 2010; 39 (3): 481-497.

4. Fisher, C. B., Kornetsky, S. Z., Prentice, E. D. Determining Risk in Pediatric Research with No Prospect of Direct Benefit: Time for a National Consensus on the Interpretation of Federal Regulations. *American Journal of Bioethics* 2007; 7 (3): 5-10.

5. International Diabetes Foundation. *IDF Diabetes Atlas*. 2016, 7th edn., 140 p.

6. International Ethical Guidelines for Health-related Research Involving Humans, Fourth Edition. Geneva. Council for International Organizations of Medical Sciences (CIOMS); 2016, 123 c.

7. Ross, L.F. The Ethics of Type 1 Diabetes Prediction and Prevention Research. *Theor Med Bioeth.* 2003; 24: 177-197.

ДОПОМОГА НЕВИЛІКОВНО ХВОРИЙ ЛЮДИНІ: ГУМАНІТАРНИЙ АСПЕКТ

*Капустін Сергій Анатолійович, асистент кафедри дитячих хвороб,
Давидова Анна Григорівна, доцент кафедри дитячих хвороб,
Запорізький державний медичний університет*

Коли в сім'ї хтось тяжко або невиліковно хворіє, його родичі, усвідомлюючи страждання близької людини та ймовірність передчасної її втрати, часто не знаходять собі місця від розпачу. Можливо, ще у більшій мірі це відноситься до самого хворого, який відчуває не лише біль та дискомфорт, а й страх смерті або інвалідності. Це призводить до депресивних станів, конфліктів з медичним персоналом, неадекватних дій по відношенню до себе та до оточуючих. Що їм порадити?

Перша думка – про відверту розмову з лікуючим лікарем. Усім відомий вираз В. М. Бехтерева: «Якщо хворому не стало легше після розмови з лікарем, то це поганий лікар», в іншій інтерпретації – «...то це не лікар». І з цим неможливо посперечатися. Але слід мати на увазі декілька моментів. По-перше, у лікаря багато пацієнтів, усі вони потребують уваги, і він іноді фізично не може приділити їм стільки часу, скільки потрібно не тільки для ефективного лікування, а й для психологічної допомоги. По-друге, якщо хворий знаходиться у відділенні інтенсивної терапії, то в таких відділеннях лікарі змінюються щодоби, тобто як такого поняття «лікуючий лікар» взагалі немає, є лише «черговий лікар», якому складніше завоювати довіру пацієнта і тим паче – його родичів. Та й, кажучи зовсім відверто, не завжди у лікаря під час напруженого робочого дня або після тяжкої зміни вистачає моральних зусиль для повноцінної та щирої підтримки тих, хто її потребує.

Які ще є варіанти? Не слід забувати про психологічну службу, у тому числі про «телефон довіри». Багато хто вважає, що прийом психолога – це дороге задоволення, але ж телефони довіри є безкоштовними, і там також працюють професійні психологи, а отже, їх допомога може бути дуже цінною.

Треба інформувати хворих, що знаходяться у свідомості, а також їх родичів, про можливість отримати підтримку та пораду у такий спосіб.

Є інший варіант, можливо, більше притаманний нашому суспільству. Згадаємо, що говориться в Біблії: «Болен ли кто из вас, пусть призовет пресвитеров Церкви, и пусть помолятся над ним, помазав его елеем во имя Господне. И молитва веры исцелит болящего, и восставит его Господь; и если он соделал грехи, простятся ему» (Послання Іакова 5:14-15). Ні для кого не секрет, що після візиту священнослужителя хворим часто стає легше, відомі також випадки реконвалесценції при початково досить сумнівному прогнозі. Багато людей відвідують церкви при лікарнях. Молитва є потужним психологічним фактором як для хворого, так і для його родичів. Відомо, що католики зазвичай звертаються до Бога через Діву Марію: вона є милосердною, та й сама знає, що таке втрата власної дитини, тобто для людини не воцерковленої така молитва є і простішою, і, можливо, дає більше надії. Немає сумніву, що і в інших релігіях можна знайти аналогічні варіанти психологічної підтримки для тяжко хворих та їх близьких.

При цьому, з лікаря ні в якому разі не знімається необхідність як співчутливого ставлення до хворого та його родичів, так і самовідданого виконання решти своїх професійних обов'язків. Адже, згадаємо, якщо вже зайшла про це мова: «Посему и сам подвизаюсь всегда иметь непорочную совесть пред Богом и людьми» (Діяння апостолів 24:16).

ОСНОВНІ ПРИНЦИПИ СТВОРЕННЯ НЕДИСКРИМІНАЦІЙНОГО ОСВІТНЬОГО СЕРЕДОВИЩА ПРИ ВИКЛАДАННІ СТУДЕНТАМ ДИСЦИПЛІНИ «МІКРОБІОЛОГІЯ, ВІРУСОЛОГІЯ ТА ІМУНОЛОГІЯ»

*Крупей Кристина Сергіївна, к. біол. н.,
старший викладач кафедри мікробіології, вірусології та імунології,
Запорізький державний медичний університет*

Існує безліч форм дискримінації, подолання яких намагаються вирішити на глобальному рівні [2, с. 95]. Так, Генеральна Асамблея ООН у 2015 році ухвалила (терміном на 15 років) 17 Цілей сталого розвитку, більшість з яких спрямовані на забезпечення всеосяжної якісної освіти для всіх, навчання протягом всього життя, а також досягнення гендерної рівності та розширення прав і можливостей жінок, оскільки потужним каналом продукування дискримінації та стереотипів є освіта. У зв'язку з тим, що у 2020 році Україна отримала офіційний статус учасниці «Партнерства Біарріц» (міжнародна ініціатива рівних прав і можливостей для всіх), зміни щодо подолання різних форм дискримінації й утвердження гендерної рівності розпочали як раз зі сфери освіти [4]. За цієї ініціативи МОН України 05.11.2021 оприлюднило наказ № 1182 «Про затвердження методології та критеріїв проведення гендерного аудиту закладів освіти» [3]. Метою проведення гендерного аудиту є оцінювання стану забезпечення рівних прав та можливостей жінок і чоловіків (особливо у кадровій політиці та діяльності закладів освіти), виявлення й подолання наявних проблем.

Попри це, не менш важливим є забезпечення недискримінаційного освітнього середовища на навчальних заняттях зі студентами. В цьому випадку відповідальним за створення цілісного соціально-психологічного простору є викладач, який працює з вітчизняними та / або іноземними здобувачами вищої освіти. Слід зазначити, що недискримінаційний підхід в освітньому просторі закладів середньої освіти активно запроваджується Новою українською школою, яка є найголовнішою реформою загальної середньої освіти. Звідси в науково-педагогічному обігу все частіше зустрічається термін «інноваційне освітнє середовище», під яким розуміють модель соціокультурного простору, у якому відбувається становлення особистості [1, с. 20], де діють правила інноваційної діяльності та новітні ідеї, оригінальні педагогічні технології, які застосовуються у професійній підготовці майбутніх фахівців, а також відсутні ознаки прямої або непрямой дискримінації.

Відомо, що основними принципами створення недискримінаційного освітнього середовища є: забезпечення рівності прав і свобод, забезпечення рівності перед законом, повага до гідності кожної людини, забезпечення рівних можливостей [2, с. 94-95]. Кожний викладач повинен пам'ятати та застосовувати ці принципи на навчальних заняттях. Практичний досвід викладання дисципліни «Мікробіологія, вірусологія та імунологія» вітчизняним та іноземним студентам дозволяє підкреслити важливість міжкультурного навчання, яке являє собою процес вивчення різноманітності і є центральним підходом в європейській молодіжній роботі. У молодіжній сфері Ради Європи міжкультурне навчання представлене як «процес соціального виховання, спрямованого на заохочення позитивних відносин між людьми й групами з різними культурними традиціями», що сприяє взаємній повазі та солідарності. Виходячи з вищезазначеного, вітчизняним студентам на вступних заняттях з дисципліни слід приділити увагу історії науки та розповісти про значний внесок іноземних вчених у розвиток мікробіології. Так, наприклад, серед іноземних студентів медичних університетів велика кількість громадян Індії. Тому для попередження етнофобії / сегрегації з боку вітчизняних студентів викладач повинен розкрити внесок індійських вчених в розвиток мікробіології, вірусології та імунології, підкреслити, що Індія – країна-лідер на ринку вакцин у світі та в Україні. Необхідно наголосити студентам, наскільки важливо об'єднувати розуми націй задля прогресивного розвитку науки та суспільства. Особливу увагу слід приділити висвітленням здобутків В. А. Хавкіна – українського, індійського, швейцарського та французького бактеріолога єврейського походження – першого у світі винахідника вакцин проти чуми та холери. За цим принципом необхідно повідомляти й іноземних студентів про історію української науки, і, найголовніше, результати плідної співпраці вчених із різних країн.

Наступний приклад пов'язаний із подоланням гендерної нерівності на практичних заняттях з «Мікробіології, вірусології та імунології» у групах з іноземними студентами (з Королівства Марокко). Викладачу на занятті слід бути обережним і толерантним, формувати рівне й недискримінаційне освітнє середовище, особливо це стосується практичної частини заняття, де студенти самостійно проводять дослідження з мікроорганізмами (опановують техніки

мікроскопіювання / приготування мазка / забарвлення препаратів / посіву мікроорганізмів тощо) під наглядом викладача. Студентам перед проведенням експерименту слід запропонувати розподілитися на дві «ролі», а саме «інструктори» та «дослідники / практичні виконавці». Практичне спостереження демонструє, що хлопці, хоч і бажають першими розпочати практичний дослід, але не поспішають бути у ролі «дослідників». Можливо, це пов'язано з невпевненістю перед одногрупниками, що «щось піде не так» й техніка досліду буде порушена. Тому вони охоче погоджуються бути спершу «інструкторами». Дівчата, як правило, з ентузіазмом апробовують себе у ролі «практичного виконавця», прислуховуються до алгоритму відтворення техніки «інструкторів» й відчувають відповідальність, оскільки хлопці, спостерігаючи за дівчатами, уважно запам'ятовують методологію дослідів. Після цього студенти в групі обмінюються ролями й закріплюють отримані теоретичні та практичні навички.

Таким чином, наприкінці заняття викладач наголошує студентам на важливості співпраці чоловіків і жінок в науці. Оскільки кожний, і чоловік, і жінка, може реалізувати себе в певній ролі задля отримання кінцевого результату – від практичних висновків до наукового відкриття.

Отже, основними принципами створення недискримінаційного середовища на навчальних заняттях є, по-перше, міжкультурне навчання – виховання у студентів усвідомлення особливостей рідної культури та неповторності інших культур, світової значущості здобутків вчених з іншими культурами, формування особистості, здатної ефективно спілкуватися з представниками інших культур у сфері професійної діяльності, успішно долати бар'єри й конфлікти спілкування. По-друге, на практичних заняттях у групах з іноземними студентами викладачу необхідно враховувати національний характер й особливості менталітету іноземних громадян, дотримуватися принципів міжкультурної комунікації [5, с. 3-4], особливо культурологічного, етичного, лінгвістичного й професійно-прикладного.

Список використаних джерел

1. Каташов А. І. Педагогічні основи розвитку інноваційного освітнього середовища сучасного ліцею: автореф. дис. ... кандидата пед. наук: 13.00.01 / А. І. Каташов. Луганськ, 2001. 20 с.
2. Косьмій О., Кравченко Ю. Нормативно-правове забезпечення діяльності етнонаціональних меншин в Україні та Польщі. *Studia Politologica Ucraino-Polona*. Випуск 3. Житомир-Київ-Краків: ФОП Євенок О.О., 2013. С. 94-99.
3. Наказ МОН України від 05.11.2021 № 1182 «Про затвердження методології та критеріїв проведення гендерного аудиту закладів освіти». Київ. 2021. 22 с.
4. Урядовий портал. Уряд схвалив План заходів реалізації «Партнерства Біарріц». 2020. Режим доступу: <https://www.kmu.gov.ua/news/uryad-shvaliv-plan-zahodiv-z-realizaciyi-partnerstva-biarric>
5. Novinger Tracy. *Intercultural Communication: a Practical Guide*. Tracy Novinger. Austin, TX: University of Texas Press, 2001. 230 p.

МІСІЯ ФІЛОСОФІЇ В СУЧАСНІЙ ДІАГНОСТИЦІ СТАНУ МІНЕРАЛЬНОЇ ЩІЛЬНОСТІ КІСТОК У ПЕРЕДЧАСНО НАРОДЖЕНИХ – БЛИЗНЮКІВ

Цимбал Анна Юріївна, Котлова Юлія Валентинівна
Науковий керівник – к.мед.н., доцент Котлова Ю.В.
кафедра дитячих хвороб,
Запорізький державний медичний університет

Вступ. Неонатологія, як самостійний розділ медицини, досягла значних висот у своєму прогресивному розвитку, тому збільшилась кількість дітей, народжених передчасно з екстремально низькою та дуже низькою масою тіла, у яких реєструються нові патологічні стани. З року в рік ми дізнаємося про нові відкриття та винаходи нових лікарських засобів, приладів, що дозволяють підвищити якість діагностики захворювань та їх лікування. Однак за різноманітням природничих знань і технологій все важче стає розглянути цілісність таких фундаментальних феноменів, як життя та людина. Місія філософії у її відношенні до медицині полягає в тому, щоб, опираючись на ресурси соціальних та гуманітарних наук, внести ідеї цілісності, її нередукованості до окремих проявів (Киященко, Моїсеєв 2012).

Медична проблема сьогодення полягає у відсутності загальних класифікацій або клінічних настанов для діагностики та прогнозування стану кісткової тканини у передчасно народжених дітей. Тому для вирішення медичної проблеми захворювань та профілактики порушень, в тому числі і кісткової тканини у передчасно народжених дітей, обов'язково потрібно розглядати вплив материнського організму на формування дитини.

Мета: дослідити мінеральну щільність кісткової тканини (МЩКТ) у передчасно народжених дітей-близнюків.

Матеріали та методи дослідження. Обстежено 21 пара передчасно народжених двійнят ($n=42$) у неонатальному віці на базі КНП ОПЦ ЗОР м. Запоріжжя. Гестаційний вік від 30 до 36 тижнів. Діти розподілені на групи в залежності від гестаційного віку: < 34 тиж. та ≥ 34 тиж. Стан мінеральної щільності кісткової тканини (МЩКТ) визначали за допомогою ультразвукового денситометра «Sunlight Omnisense 9000» за кількісним показником швидкості ультразвуку (SOS, м/с). Статистичне оброблення одержаних результатів проведено за використанням програмного забезпечення Statistica 12.0 (StatSoftInc., № JPZ804I382130ARCN10-J)

Результати досліджень. При порівнюванні між собою кількісного показника SOS у передчасно народжених дітей-близнюків в гестаційному віці ≥ 34 тиж., встановлено різницю показників медіан у двійнят з меншою та більшою вагою тіла. Отримали неочікувану закономірність при народженні двієнь в терміні ≥ 34 тижні, а саме, МЩКТ у дітей меншої маси була статистично достовірно більшою ($p<0,05$), ніж у їх сибсів з більшою масою тіла.

Аналізуючи вплив материнського організму на терміни народження двієнь, визначили статистично значущу різницю ($p<0,05$) при палінні батьків. Паління обох батьків частіше спостерігали в групі дітей, народжених в гестаційному віці менше 34 тижнів (6 з 10 (60%)), ніж в групі пізніх передчасно народжених близнюків (1 з 14 (7%)).

У дітей з двієнь впливовими факторами на мінеральну щільність кісткової тканини визначені кількість попередніх вагітностей у їх матерів та наявність монохоріальної багатоплідності, що зв'язали зі зменшенням депо кальцію у матері, пов'язаним з попередніми вагітностями та фетоплацентарними особливостями його надходження при розвитку двієнь.

Отже, розглядаючи приватну проблему розвитку кісткової тканини у передчасно народжених дітей, опираючись на закони філософії взаємного переходу кількісних і якісних змін, констатуємо, що кількість попередніх вагітностей - вагомий фактор який впливає на зменшення кількісного показника швидкості ультразвуку кісткової тканини, що формування кісткової тканини у дітей з двієнь підлягає особливим закономірностям та не збільшується прямо пропорційно зі зростанням маси тіла у більшого за масою сибса, що шкідливий вплив паління впливає на раннє розродження вагітних двійнями матерів та підвищує ризики у недоношених новонароджених.

Висновки. Своєчасність та актуальність обговорення медичних проблем на основі філософсько-методологічного обґрунтування закладає умови розуміння гармонічного формування плоду, і в подальшому здоров'я малюка.

Список використаних джерел

1. Філософія науки. Етика та методологія наукового дослідження : навч.-метод. посіб. для підготовки докторів філософії «Doctor of Philosophy» (PhD) / І. Г. Утюж [та ін.]. – Запоріжжя : ЗДМУ, 2018. – 76 с.

2. Філософські проблеми біології та медицини: Випуск 6: Свобода і відповідальність. – М.: вид-во "Прінтберрі", 2012. – 376 с.

3. Martin, J. A., Hamilton, B. E., Osterman, M., & Driscoll, A. K. (2021). Births: Final Data for 2019. *National vital statistics reports : from the Centers for Disease Control and Prevention, National Center for Health Statistics, National Vital Statistics System*, 70(2), 1–51.

4. Tkachenko, A. (2019). Comparative analysis of the pregnancy, labour and condition of newborn twins with monochorionic type of placentation. *HEALTH OF WOMAN*, (4(140), 46-49.

<https://doi.org/10.15574/hw.2019.140.46>

5. Weghofer, A., Klein, K., Stammeler-Safar, M., Worda, C., Barad, D., Husslein, P., & Gleicher, N. (2010). The impact of fetal gender on prematurity in dichorionic twin gestations after in vitro fertilization. *Reproductive Biology And Endocrinology*, 8(1), 57. <https://doi.org/10.1186/1477-7827-8-57>

«КОНТРАЦЕПЦІЯ – ЗЛО ЧИ БЛАГОДАТЬ?» У СВІТЛІ ФІЛОСОФСЬКОГО ПИТАННЯ ТІЛЕСНОСТІ

*Маганова Тамара Валеріївна, аспірант,
асистент кафедри управління та економіки фармації,
Ткаченко Наталя Олександрівна, д. фарм. н.,
доцент кафедри управління та економіки фармації,
Запорізький державний медичний університет*

Сучасний етап розвитку філософської думки пов'язаний насамперед із пізнанням людського тіла, що накладає відбиток на розвиток суспільства загалом і, відповідно, на розвиток медицини та фармації.

У зв'язку з гомоцентричністю наукового пізнання у соціально-гуманітарних науках і постає питання тілесності.

Тілесність як категорія філософії не тотожна сприйняттю організму людини в єдиному її фізичному прояві, а являє собою сукупність результатів процесу онтогенетичного, інтелектуального, особистісного розвитку і проявляється у таких складових людської істоти як індивідуальність, культура, моральний образ та соціальна роль [1].

Тілесність можна розглядати як аналог вищих психічних функцій, що, відповідно, перетворює її на соціальну за походженням. Тобто у процесі розвитку організму його природні функції перетворюються на відображення культурного, історичного розвитку суспільства, на мітки ставлення суспільства до людини та її тілесності.

Саме в контексті тілесності як відображенні соціального в особистому нас цікавить питання щодо використання контрацепції.

У всьому світі, починаючи з моменту виникнення перших видів протизаплідних засобів, гостро стоять питання планування сім'ї та можливості запобігти небажаній вагітності.

Використання протизаплідних засобів впливає на індивідуальне здоров'я кожної людини, а також пов'язане із відтворенням та продовженням роду, що безпосередньо впливає на соціальну сферу будь-якої країни (демографічна та економічна).

Якщо розглядати хворобу як форму реалізації людської тілесності, що обмежує свободу самореалізації, а здоров'я як форму можливості тілесних потенцій, яка забезпечує максимум самоздійснення [2], виникає низка питань, що безпосередньо ототожнюються з використанням протизаплідних засобів:

1. Чи можливо асоціювати використання контрацепції з формою реалізації тілесних потенцій та правом на повне самоздійснення та самореалізацію, що простежується у сучасних тенденціях «чайлдфрі»;

2. Чи суперечить істинному поняттю самореалізації тілесності використання контрацепції, маючи на увазі під «істинним» - народження дітей, виконання покладених на людину соціальних очікувань.

Неможливо відібрати у людини право на її повну реалізацію та самоздійснення, однак, соціальне накладає на розвиток та становлення тілесності людини свій відбиток. Будь-яка диспропорція, що виражається в односторонньому вдосконаленні свого зовнішнього «Я», або виконанні своєї організованої складової тягне за собою, поруч із проблемою відсутності справжньої культури здоров'я [3], низку соціальних наслідків: інфантицид, безпритульність, сирітство, малолітня приступність, «бідна багатодітність».

Вихід із вищезазначеного протиріччя вбачається перш за все у становленні інтегрованої культури тілесності як результату вдосконалення людини, перш за все, як істоти вільної, що несе у собі всю сукупність фізіологічних властивостей, що приписуються йому суспільством.

Така інтеграція можлива лише шляхом постійної просвітницької діяльності людини в медичній та фармацевтичній складовій питання щодо використання протизаплідних засобів, висвітленні її достоїнств та недоліків, а

також – шляхом підвищення рівня загальної освіченості суспільства, підвищення рівня відповідальності за своє суспільне «Я».

Таким чином, людське тіло у контексті використання контрацепції перестає бути просто формою організації біологічного та фізіологічного, реалізації вимог суспільства, а стає явищем тілесності як вищої форми соціальності.

Список використаних джерел

1. Мальцева В. В. Философия телесности в свете концепции культуры времени. *Философия и культура*. 2012, № 11.
2. Горбань А.В. Здоровый образ жизни как объект познания (социально-философский анализ). *Культура народов Причерноморья*. 1999, № 10. С. 142-146.
3. Махаров, С. М. Проблема людини в історії філософської думки М.: Знання, 1986. 61 с.

НЕКРОЗ КОСТЕЙ ЛИЦА, СВЯЗАННЫЙ С ПРОБЛЕМОЙ ТЕЛЕСНОСТИ

*Русу-Радзикевич Наталия Валентиновна, кандидат медицинских наук,
доцент кафедры челюстно-лицевой хирургии,
Государственный университет медицины и фармации
«Николае Тестемицану», Республика Молдова*

Аннотация. В Молдове на протяжении 2006-2022 года увеличилось количество пациентов с токсическим остеомиелитом (на фоне употребления наркотических препаратов, а именно т.н. «первентина»). В состав данного наркотика входит эфедрин, фосфор и йод. Целью исследования явилось изучение особенностей данного заболевания, какова именно причина, а также методов лечения. С помощью медикаментозного, хирургического, психологического лечения, а также устранения наркотической зависимости, достигаются хорошие результаты: пациенты заново приобретают устойчивые представления о мире и о самом себе, тем самым восстанавливая своё здоровье.

Ключевые слова: некроз челюстей, проблема телесности, токсический остеомиелит, первентин, лечение.

Abstract. In Moldova, during 2006-2022, the number of patients with toxic osteomyelitis increased (against the background of the use of narcotic drugs, namely the so-called "perventin"). The composition of this drug includes ephedrine, phosphorus and iodine. The purpose of the study was to study the characteristics of this disease, what is the cause, as well as methods of treatment. With the help of medical, surgical, psychological treatment, as well as the elimination of drug addiction, good results are achieved: patients reacquire stable ideas about the world and about themselves, thereby restoring their health.

Key words: jaw necrosis, body problem, toxic osteomyelitis, perventin, treatment.

Введение. Осмысление человеком самого себя – конкретно-исторический процесс, который зависит как от качества и своеобразия его предметной деятельности, так и от его духовного опыта. Духовный опыт, опыт социальных отношений и социальной памяти, включает в себя теории и концепции самоопределения, самопознания и самопрезентации человека. Современная эпоха переосмыслила и сконструировала множество подходов, создающих интегративное представление о человеке. Среди философов также нет солидарности в понимании природы человека, его сущностных характеристик. Проблема телесности связана с негативно окрашенными процессами бытия человека, усилением социального давления на него, что приводит к изменениям, отклонениям от природных характеристик. Существующие сегодня практики преобразования тела диктуются не только желанием выделиться из общей массы людей или протестом против политических и культурных установок. Эти преобразования побуждаются скорее стремлением осознать свое «Я» и «Я - Другого» и попыткой обретения бытия через познание себя как особой целостности. Среди этого многообразия человек, потерявший устойчивые представления о мире и уставший от нерезультативных исканий, вполне закономерно подошел к проблеме познания себя в ином контексте, что приводит к нарушению здоровья человека [4, с.94]. Именно с такой проблемой мы столкнулись, изучая пациентов, употребляющих наркотические препараты, которые приводят к патологическим необратимым изменениям в области костей челюстно-лицевой области.

На протяжении последних 16 лет в Молдове, в Научно-Практическом Центре Медицины Скорой Помощи, отделении челюстно-лицевой хирургии лечатся пациенты с некрозом челюстей, который отличается клинической симптоматикой от одонтогенного и травматического остеомиелита. С каждым годом количество пациентов с токсическим остеомиелитом по отношению к другим формам остеомиелита значительно увеличивается. Обычно все пациенты обращаются многократно с абсцессами и флегмонами в области лица и шеи. У всех была одинаковая симптоматика диффузного остеомиелита челюстей. Данное заболевание диагностировалось как токсический остеонекроз челюстей [7, с.352]. Заболевание начиналось с подвижности зубов на верхней и нижней челюсти в зоне некроза альвеолярного отростка (рис.1).

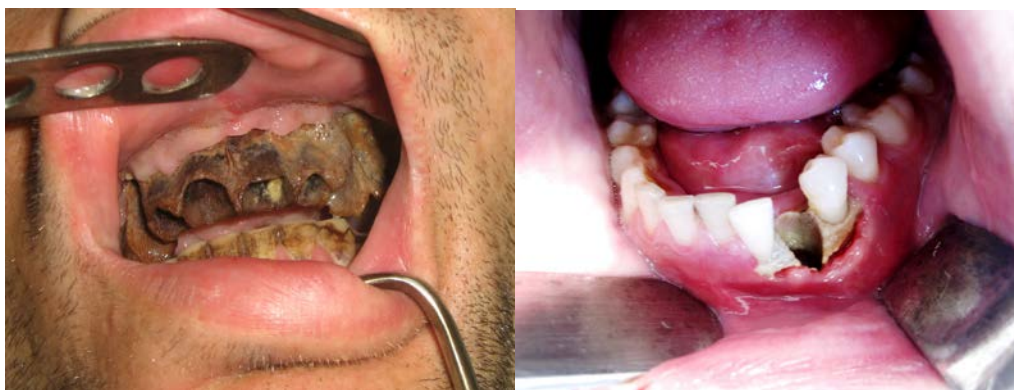


Рис. 1. Некроз верхней и нижней челюсти

При удалении зубов образовывалась незаживающая лунка с гнойными выделениями. Наблюдения показали, что у пациентов, не употребляющих далее первертин, в течение 6-8 месяце формируются секвестры, которые легко отделяются от здоровой костной ткани. У пациентов, которые принимают далее данный наркотический препарат, наблюдался диффузный остеомиелит на верхней и нижней челюсти, без четкой секвестрации, в некоторых случаях распространяющийся на скуловую и височную кость. В основном у всех пациентов токсический остеомиелит верхней челюсти сопровождается воспалительными процессами мягких тканей, гайморитом, в некоторых случаях появляются такие осложнения как менингит и абсцесс головного мозга, что чаще всего и является причиной летального исхода [8, с.117].

При наружном осмотре чаще всего присутствуют кожные свищи либо разрушенные мягкие ткани с обнаженной некротизированной костной тканью нижней челюсти. Столкнувшись с проблемой токсического остеомиелита челюстей, возникли вопросы об особенностях течения процесса и методах лечения, определении оптимальных сроков для хирургического вмешательства. Хирургическое лечение проводится под общей анестезией, по причине недостаточного эффекта комбинированных методов обезболивания даже при небольших объемах вмешательства. Проблема общей анестезии у таких пациентов заключается в том, что периферические сосуды склерозированы.

Материал и методы. Нами было проведено клиническое обследование больных с токсическим остеомиелитом верхней и нижней челюстей. Был проведён тщательный опрос и осмотр пациентов. Использовались дополнительные методы исследования: ортопантограмма, компьютерная томограмма. Лабораторные методы: общий анализ крови, биохимия, группа крови, коагулограмма, маркеры гепатитов, МРС, СПИД, анализ мочи, был произведён забор гнойного содержимого из очага для определения патогенного микроорганизма и его чувствительности к антибиотику.

Результаты исследования. Изучив подробно анамнез пациентов было выявлено, что они принимали наркотическое средство – «первертин (винт)», в состав которого входят препараты амфетаминового ряда, а именно эфедрин, красный фосфор и йод. Эфедрин вызывает длительный сосудистый спазм, что приводит к маргинальным пародонтитам, а затем к костной деструкции. В костях фосфор содержится в виде солей (фосфат кальция $\text{Ca}(\text{PO}_4)_2$). Можем предположить, что избыточное количество фосфора накапливается в костной ткани, связываясь с кальцием, склерозируя и разрушая нервные и сосудистые окончания [2, с.306, 3, с.35], полость рта – ворота инфекции, которые сообщаются с костями челюстей через ткани пародонта, таким образом, можем объяснить возникновение воспалительных процессов, а именно избирательное поражение костей челюстно-лицевой области. Наши наблюдения показали, что при использовании пациентами наркотического препарата, содержащего химический красный фосфор, цвет некротизированной кости обычно ярко-желтого оттенка (в основном вызывает диффузный остеомиелит) [6, с.146]. Фосфор бывает разной степени чистоты, есть еще разные красные – т.н. технический (темнее по цвету, крупнее) и т.н. химический (ярче, мельче)

[1, с. 641]. Чаще всего пациенты используют для изготовления наркотических средств препараты, которые можно приобрести в аптеках без рецепта, содержащие эфедрин: Активед, Антифлу Бронхолитин, Бронхотуссин, Дайнафед плюс, Детский Тайленол от простуды, Диксафен Нео-Теофедрин, Норэфедрин. Важно отметить тот факт, что у разных пациентов поражение челюстей протекает по-разному, в зависимости от разных факторов – стажа употребления, составляющих наркотического вещества, принимаемой дозы и т.д. Как правило, у пациентов, которые продолжают принимать наркотические препараты амфетаминового ряда с добавлением фосфора, раны в полости рта и на кожных покровах не регенерируют. Лабораторные методы исследования показали, что в 90% случаев обнаруживается гепатит С, в 40% – выявляется одновременно и В и С. Наблюдения показали, что в тех случаях, когда пациент больше не принимает наркотический препарат «первентин», спустя 6-12 месяцев в области челюстей формируются секвестры. При ограниченном остеомиелите он может отторгаться самопроизвольно, вталкиваясь сформированной грануляционной и костной тканью [5, с. 249]. У пациентов с токсическим остеомиелитом на верхней челюсти в большинстве случаев образуются сообщение пазухи с полостью рта, что приводит к нарушению эстетики, фонации и жевания, всё это угнетает пациента и приводит не только к телесным нарушениям, но и к психологическим проблемам (рис.2).



Рис.2. Сообщение пазухи с полостью рта после некрэктомии

Неуверенность в себе или желание самовыражения в обществе, проблемы семейные заставляют пациентов принимать наркотические препараты. По опросу данных пациентов было выявлено, что большинство из них изначально начинают принимать дорогостоящие наркотические препараты (героин, кокаин), но со временем они постепенно переходят на дешёвые препараты амфетаминового ряда, содержащие и красный фосфор, и вызывающий некроз костей лицевого скелета, который осложняется воспалительными процессами в области мягких тканей. От многих пациентов отказываются родственники, некоторые из них пытаются лечиться от зависимости, но проблема в том, что в наркологических диспансерах нет хирургического отделения, в результате очень сложно пациентам оказать помощь. Многие из них всего этого не выдерживают и заново начинают принимать наркотические препараты. Получается, как замкнутый круг: потерявший устойчивые представления о мире и уставший от нерезультативных исканий, пациент начинает принимать наркотики,

разрушая своё здоровье, обращается за помощью к другим людям (родственникам, врачам), а из-за проблемы объединить группу специалистов в одной клинике, пациент чувствует себя ещё более неуверенным в себе и ещё сильнее вредит своему здоровью (рис.3).



Рис.3. Некроз верхней и нижней челюсти одного и того же пациента (фотография верхней челюсти за 12 месяцев, а нижней за 3 дня до летального исхода).

Наша практика работы с пациентами с токсическим остеомиелитом позволила наметить определённую тактику лечения, в зависимости от клинической ситуации. Бывают случаи, когда после полного прекращения употребления абсолютно всех наркотических препаратов (в том числе и метадона) у пациентов самопроизвольно происходит отторжение секвестров через полость рта, с дальнейшей регенерацией костной раны. Для проведения общей анестезии по причине несостоятельности периферических сосудов чаще всего пунктируется подключичная вена, наружная яремная вена, поверхностная височная вена. Наблюдения показали, что хорошие результаты хирургического лечения достигаются в том случае, если правильно выбран срок операции. В некоторых случаях при дальнейшем употреблении «первентина» или же просто по настоянию пациента и родственников была проведена операция секвестрэктомии и остеосинтеза до явственной демаркации секвестров. Итоги вмешательства оказались неудовлетворительными (подвижность титановой реконструктивной пластины, формирование кожных свищей). В данных случаях спустя 8-12 месяцев было проведено повторное вмешательство с удалением массивного сегмента нижней челюсти с заменой дефекта посредством реконструктивной пластины большего размера. У некоторых пациентов вокруг титановой реконструктивной пластины спустя 8-12 месяцев образуется костная ткань. В других случаях через 12-24 месяцев пластина визуализировалась в полости рта и снаружи, в основном в области угла нижней челюсти. Вокруг пластины образовалась хрящеобразная ткань, что позволило со временем удалить пластинку.

Выводы. Наблюдения показали, что успешного результата лечения можно добиться только в тех случаях, когда наркотический препарат «первентин» далее не употребляется.

Хирургическое и ортопедическое лечение помогает пациентам быстрее восстановить функции жевания, фонетики, эстетики.

Наши исследования доказывает, что наилучший результат лечения таких пациентов мы получим при объединении всех специалистов в одной клинике, для лечения данных пациентов, но и конечно самое главное их желание лечится и восстанавливать своё здоровье.

Список литературы

1. Берёзов Т.Т., Коровкин Б.Ф. Биологическая химия – М.: Медицина, 1998, с.641–678.
2. Лужников Е.А. Клиническая токсикология. – М.: Медицина, 1999, с.305-333.
3. Маркова И.В., Афанасьева В.В. Клиническая токсикология детей и подростков. – М.: Медицина, 2005, с. 35-89.
4. Немцева А.В., Проблема человеческой телесности и ее символическо-смысловое содержание, Приволжский научный вестник, г. Иркутск, № 4 (32) – 2014, с. 95-102.
5. Русу-Радзикевич Н. Некроз верхней и нижней челюсти на фоне употребления наркотических препаратов, особенности лечения. Scientific collection «interconf». 2021, № 87, с. 246-255. <https://www.interconf.top/documents/2021.11.21-22.pdf>.
6. Струков А.И. Патологическая анатомия. – М.: Медицина 2000, с.146.
7. Radzichevici M., Şcerbatiuc D., Rusu N., Cebotari M., Aspecte clinice și morfologice în osteomielita maxilarelor la persoane consumatoare de substanțe narcotice. Anale științifice ale USMF „Nicolae Testemițanu”, Moldova, Chișinău, 2006, vol. IV, p. 352-355.
8. Radzichevici M., Osteomielita toxică a maxilarelor și metodele de tratament conservativ. În: Buletinul Academiei de Științe a Moldovei. Științe medicale. Chișinău, 2008, nr. 1 (15), p. 115-118.

ФИЛОСОФИЯ РЕЛИГИИ И ПРОБЛЕМА ТЕЛЕСНОСТИ И ПРАВСТВЕННОСТИ В ЗДОРОВЬЕ ЧЕЛОВЕКА

*Савельев Валерий Григорьевич, к.мед.н,
доцент кафедры инфекционных болезней,
Рябокоть Елена Вячеславовна, д.мед.н,
профессор кафедры инфекционных болезней,
Фурик Елена Александровна, к.мед.н,
доцент кафедры инфекционных болезней,*

*Ялова Галина Василівна, ассистент кафедры инфекционных болезней, Рябокоть
Юрий Юрьевич*

*д.мед.н., профессор кафедры детских инфекционных болезней,
Запорожский государственный медицинский университет*

В современном мире возможность формирования целостного взгляда на здоровье построено на взаимодействии различных факторов и компонентов.

Основополагающие составляющие представлены степенью физического развития (физический компонент), окружающими людьми, домочадцами,

социумом (социальный компонент), а также нравственным компонентом, который является сочетанием потребностей человека к развитию и мотивации для новых свершений. Нравственное здоровье базируется на системе общечеловеческих ценностей и характеризуется проявлениями добра, чести, всеобщего человеколюбия и достоинства, что отображает степень духовности индивидуума.

Цель нашей работы – сравнить постулаты древности с современными взглядами на здоровый образ жизни. Для осуществления поставленной цели мы просто обратились к Библии в поисках модели, равной современным составляющим: социальному, физическому и нравственному компонентам.

Физическое здоровье – неотъемлемая составляющая целостного представления о благе человеческом. Это общеизвестное понятие перекликается с текстами Святого Писания, в котором упоминается, что благосостояние тела (собственно здоровье) несравнимо даже с несметными богатствами, изобилием драгоценных металлов, наивысшее богатство подразумевает именно телесное здоровье и сердечную радость, а не материальные ценности. Считалось, что лучше выбрать смерть, чем длительно продолжающуюся хворь, или несчастливую жизнь. [1, 30:15; 30:16; 30:26]

Эмоциональное самоощущение и психогигиена являются одним из главенствующих аспектов формирования здорового образа жизни. Библия не отрицает этого и даже указывает на эмоции, которые вредны для человеческого здоровья. Душевная печаль, самоистязание часто неконструктивны и никак не помогают справиться с жизненными трудностями, наоборот «...веселье сердца – жизнь человека, и радость мужа – долгоденствие» [2, 11:10]. Печаль редко приносит пользу, большинство людей ломаются под этим грузом, именно поэтому необходимо любить душу утешать сердце и удаляй от себя печаль. На страницах Библии ревность и гнев описаны как эмоции, которые сокращают отведенные дни, а забота о других – сулит благочестивую старость. Если человек имел открытое и доброе сердце, судьба найдет способ позаботится и о сытости, что непосредственно будет иметь влияние на его физическое и соматическое здоровье [1, 30:27].

Физическое здоровье – это гармония физической активности, и, в то же время, умеренности. Для нормального физического здоровья согласно Библейским писаниям человек не должен быть обременен грехом чревоугодия, ибо это провоцирует различные болевые ощущения в теле, бессонницу [1, 31:24]. Какие могут быть комментарии? В наше время столько говорится о диетах. Правильно сбалансированное питание, умеренность в еде – разве это не залог здоровья согласно современным представлениям?

Отказ от алкоголя как способ здорового образа жизни являлся актуальным не только для современного мира. Библия предупреждает: «Излишнее употребление вина увеличивает ярость неразумного до преткновения, умаляя крепость его и причиняя раны» [1, 31:34]. Проблема злоупотребления алкоголя идет в непосредственной близости с человеком, ибо слабость души, безответственность порождает неконтролируемую зависимость от сладостного напитка. В современном мире четко отслеживается взаимосвязь

пагубного влияния алкоголя на здоровье как соматическое так и на физическое и психическое здоровье. Длительное воздействие хмельного напитка приводит к таким болезням, как токсическая энцефалопатия, алкогольная болезнь печени, кардиомиопатия, цирроз печени и т.д.

Немаловажным компонентом для сохранения здоровья является социальный компонент – условия жизни, семья. Любое государство состоит из главной первичной основы – семьи. Гармония в семейной жизни – залог здоровья и благосостояния. Единомыслие и общие представления о решениях житейских проблем дарят баланс и взаимопонимание в семейном кругу общества, что минимизирует возникновение конфликтных ситуаций.

Общеизвестно, что женщина в семье – это основа стабильности, душевного равновесия и благополучия. При создании семьи следует разумно относиться к выбору жены. Семьи без детей не бывает. В связи с этим немаловажная роль отводится их воспитанию. Библия предлагает строгое воспитание с самого раннего возраста, настоятельно рекомендует работать над воспитанием детей, не пускать на самотек, ибо в ином случае, будешь огорчен поступками дитя своего [1, 30:13].

И наконец, очень мудрые постулаты о нравственных компонентах и поведении в обществе. Очень часто сам человек создаёт себе проблемы, тем самым подвергая своё физическое и нравственное здоровье опасности. Библия советует определённые правила поведения в обществе, которые помогают оставаться благоразумным в житейских ситуациях [1, 8:1-8:22].

Таким образом, компоненты здорового образа жизни на современном этапе мало чем отличаются от постулатов времен царя Соломона. Человек благовоспитанный должен быть открытым и добрым, умеренным в еде и эмоциях своих. Человек благовоспитанный должен уметь создать семью в единомыслии с ближними и воспитать детей здоровыми и полезными обществу. Человек благовоспитанный должен уметь справляться с проблемами и не создавать их себе. Человек благовоспитанный – это человек здоровый, с позитивным мышлением, оптимист, физически активный, без вредных привычек, член современного общества XXI века.

Список использованных источников

1. Ветхий Завет: Книга Премудрости Иисуса сына Сирахова [Электронный ресурс] <http://www.patriarchia.ru/bible/sir/1/>
2. Книга Екклесиаста, или Проповедника [Электронный ресурс] <https://azbyka.ru/biblia/?Eccl.11:10&c~r>

6. ПРОБЛЕМА ЛІКАРЯ-ВИКЛАДАЧА – ЯКИЙ ПІДХІД ДО РОБОТИ ЗІ СТУДЕНТАМИ Є ОПТИМАЛЬНИМ?

ПРОБЛЕМА АКАДЕМІЧНОЇ ПРОКРАСТИНАЦІЇ ТА НАВЧАЛЬНОЇ МОТИВАЦІЇ СТУДЕНТІВ ЗВО

*Рудько Наталія Петрівна, канд. біол. наук,
ст. викладач кафедри біологічної хімії,
Александрова Катерина Вячеславівна, д-р фарм. наук, професор,
зав. кафедри біологічної хімії,
Крісанова Наталія Вікторівна, канд. біол. наук,
доцент кафедри біологічної хімії,
Запорізький державний медичний університет*

Життя студентів закладів вищої освіти, зокрема медичних університетів, заповнене безліччю різноманітних справ, виконання яких потребує чіткого обмеження часу на їх реалізацію. Передбачається, що студент, усвідомлюючи наявність часових рамок, може спланувати свій час, ресурси та сили, але часто трапляється так, що виникає бажання відкласти виконання деяких справ на потім, особливо коли треба робити щось під тиском обставин або коли є сумніви у потребі та корисності задуманого. Це нерідко призводить до того, що виконання важливих справ постійно відкладається і студент виконує їх в останній момент, при цьому обіцяючи собі, що такого більше не повториться. Для позначення такого явища у психології існує спеціальний термін «прокрастинація».

Прокрастинація – тенденція відкладати виконання справ «на потім» – складний поведінковий патерн, у якому виконання значимої для людини у цей час діяльності свідомо відкладається, що тягне за собою несприятливі наслідки і має негативний вплив на особистість.

Проблема прокрастинації є дуже актуальною в наш час, особливо серед студентів. Студент починає відкладати всі важливі справи, а коли виявляється, що терміни виконання роботи минули, він намагається зробити все за дуже короткий відрізок часу або зовсім відмовляється від запланованого. У результаті, заплановане або зовсім не виконуються, або виконуються неякісно, з безліччю помилок та промахів. І це призводить до негативних наслідків – неприємностей у навчанні, втрачених можливостей, поганого емоційного стану. Прокрастинація може спричинити стрес, почуття провини, зниження продуктивності, невдоволення оточуючих через невиконання зобов'язань. Причиною відкладання виконання того чи іншого завдання можуть бути складність завдання, значущість, непривабливість для даного суб'єкта. В рамках сучасних досліджень прокрастинації у якості основних психологічних ознак виділяють емоційний дискомфорт і негативні суб'єктивні переживання.

Навчальна діяльність є тривалим за часом процесом, де час є найважливішим ресурсом. Саме у навчальній діяльності студенти стикаються з проблемами в тайм-менеджменті при виконанні навчальних завдань, що й проявляється у їхньому відкладанні та навіть невиконанні, що тягне за собою негативні наслідки, зокрема знижується якість навчання.

Згідно з даними багатьох досліджень, академічна прокрастинація є одним із найбільш істотних факторів, що призводять до труднощів у навчанні. Від 46% до 95% учнів середніх та вищих навчальних закладів вважають себе прокрастинаторами. Більшість із них відзначають, що потребують професійної допомоги з подолання прокрастинації. Дослідники відзначають негативний вплив прокрастинації на навчальну та професійну діяльність: знижується працездатність, якість навчання, погіршується і фізичний стан – любителі відкладати все на потім частіше страждають від серцево-судинних, хронічних захворювань (астма, діабет тощо). Причин для прояву цього ефекту може бути безліч, але, як правило, такий стан виникає через:

- низьку самооцінку – через страх зазнати невдачі студент підсвідомо не допускає себе до виконання завдання;
- гіпервідповідальність – студент дуже хоче виконати завдання ідеально, що призводить до «паралічу» волі;
- незгоду – студент підсвідомо заперечує користь цього завдання;
- стрес – існують типи характеру, у яких у такій формі виражається психологічний захист від високої відповідальності.

Вирішення цієї проблеми передбачає декілька етапів, які допоможуть подолати прокрастинацію та приступити до досягнення поставленої мети.

1. Визнання факту прокрастинації. Перед тим, як почати боротися з будь-якою проблемою, необхідно чесно визнати перед собою її наявність. Досить складно боротися із проблемою, якщо не дивитися на неї об'єктивно. Викладач, як більш досвідчена людина, може допомогти студенту усвідомити проблему і зорієнтувати на її вирішення. Для діагностики прокрастинації існують спеціалізовані тести, наприклад К. Лея, Б. Такмена тощо.

2. Мотивування. Дієвими є як нагадування про те, які позитивні результати студент отримає, якщо виконає завдання (оцінка, можливість активної участі у обговореннях під час занять тощо), так і зворотна мотивація: негативні наслідки, якщо завдання не буде виконано вчасно (можна порадити студенту візуалізувати у своїй уяві наслідки та відчути стан дискомфорту).

3. Планування. Необхідно грамотно структурувати всі актуальні завдання та розставити між ними пріоритети. Завдяки цьому можна відмовитись від зайвих справ, які точно не допоможуть впоратися не тільки з прокрастинацією, але і з виконанням ключового завдання. Однією з найпоширеніших методик структурування пріоритетних завдань є матриця Ейзенхауера.

4. Розраховувати зусилля. Як і спортсменам, студентам важливо розраховувати зусилля під час виконання завдання. Не слід вважати, що можливо виконати всі справи за один день або навіть за одну ніч. За допомогою грамотно складеного графіка студент має розподіляти навантаження рівномірно протягом тижня.

5. Адекватне самооцінювання. Не потрібно намагатися стати надлюдиною і звинувачувати себе щоразу за те, що не вдалося виконати поставлену мету. Не варто витратити сили на самобичування, а краще обдумати ще раз свої можливості і приступити до наступного плану. Дослідження, проведені серед студентів Карлтонського університету, показало, що вміння

прощати себе за невиконані завдання у майбутньому зменшує ризик виникнення прокрастинації.

Використання таких простих правил призведе до додаткової мотивації працювати ще продуктивніше і допоможе вивести із кола прокрастинації.

Сучасна психологічна наука пропонує програми достатньо ефективні і прості в здійсненні, які не передбачають наявності спеціальних психологічних знань та навичок, проходження довгострокового навчання у рамках психотерапевтичних шкіл. Вони можуть бути реалізовані без відриву студентів від основного навчання і не вимагають складних діагностичних заходів, підходять як для допомоги студентам, що страждають прокрастинацією, так і для профілактики відкладання.

Так невеликі щотижневі перевірочні роботи чи вікторини допомагають студентам залишатися у тонусі та освоювати програму дисципліни, не відкладаючи підготовку на сесійний період. В рамках дистанційного навчання пропонується виконувати контрольні роботи з умовою доступу до проходження наступної частини курсу, використовувати модульну систему організації курсу, що дозволяє не лише знизити прокрастинацію, а й оцінювати компетентність студентів протягом усього семестру, а також більш ефективно складати зміст підсумкових випробувань за курсом. У разі, якщо студент не може вчасно надати роботи або погано здає сесію, ефективним буде складання письмового плану закриття навчальних заборгованостей, контроль викладачем реалізації плану та допомога у плануванні діяльності протягом наступного семестру. Як показує досвід, залучені до такої програми допомоги студенти, справді здають минулі заборгованості, а в новому семестрі отримують вищі оцінки та не накопичують боргів.

Викладачі, особливо куратори академічних груп, мають бути мотивованими та мотивувати студентів на те, щоб самостійно розбиратися з явищем прокрастинації і враховувати це в своїй виховній роботі зі студентами. Виховна функція вкрай важлива у процесі роботи викладачів ЗВО. Педагоги несуть професійну та особисту відповідальність за якість підготовки фахівців і вони в силах допомогти молодим людям вчитися краще, отримувати задоволенням від навчання та від майбутньої професійної діяльності.

КЛІПОВЕ МИСЛЕННЯ: ВТРАЧЕНІ ПАЗЛИ

*Подліанова Олена Іванівна, к.мед.н., доцент кафедри дитячих хвороб;
Котлова Юлія Валентинівна, к.мед.н., доцент кафедри дитячих хвороб;
Дмитрякова Галина Миколаївна, асистент кафедри дитячих хвороб,
Запорізький державний медичний університет*

Термін «кліпове мислення» був запропанований Ф. І. Гиренком у філософсько-психологічному контексті наприкінці 90-х рр. ХХ ст. як частина «кліпової культури», феномена, який вперше використав американський футуролог Е. Тоффлер [3]. Під терміном «кліпове мислення» розуміється емоційне сприйняття коротких, розрізнених, візуальних блоків інформації без подальшого аналітичного та логічного осмислення. Воно все більше

притаманне поколінню, яке зростає в умовах поширення цифрових технологій у сфері повсякденного життя, освіти та професійної діяльності.

Ці тенденції сучасного життя конфліктують із системою медичної освіти, яка відрізняється традиційною консервативністю, потребує вивчення великого обсягу навчального матеріалу, систематизації отриманих знань, формування клінічного мислення, аналізу та логічного осмислення отриманої інформації, роботи з першоджерелами [1, с.13]. Але «поколінню Z» важко адаптуватися до такої системи здобуття знань, бо молодь привчилася отримувати навчальний матеріал в стислій формі, не має навичок ретельної роботи з науковою літературою та звички до творчої активності. «Кліпове мислення» може ускладнити комунікацію між викладачем та учнем, які звикли думати по-різному. Тому в епоху «цифрового покоління» суттєвим стає питання про готовність викладачів радикальним чином трансформувати свою діяльність під запити та особливості стилю навчання сучасної молоді.

Метою нашої роботи було дослідження наявності «кліпового мислення» у лікарів-інтернів різних спеціальностей та викладачів, які працюють з ними, за допомогою тесту М. Б. Літвінової [2]. Згідно з тестом, кліповим вважається мислення за результатами 15 балів і вище; лінійним («книжковим») – за результатами нижче 11 балів. Статистичне оброблення отриманих результатів проведено з використанням програмного забезпечення Statistica 10.0 (StatSoftInc., № JPZ804I382130ARCN10-J) непараметричними методами – описовим (медіана (Me), межі квартильних відрізків [Q25%; Q75%]), перевіркою рівності медіан кількох вибірок – критерієм Крускала-Уоліса; кореляційним аналізом за методом Спірмена, достовірність вважали наявною при $p < 0,05$.

Тестове опитування проведено серед 30 лікарів-інтернів 1 року навчання різних спеціальностей та 19 викладачів кафедр педіатрії ЗДМУ. За результатами тесту лікарі-інтерни перебувають у групі ризику (13 [12;16] балів) за кліповим мисленням, тоді як викладачі демонструють класичний тип «книжкового» мислення (11 [9;13] балів). Однак, існує неоднорідність у типі мислення серед викладацького складу: показник «кліпового мислення» вищий у викладачів вікової категорії 30-40 років (14 [12;15] балів) і дорівнює показник лікарів-інтернів. Цей факт зближення способу мислення педагогів і учнів відбиває загальні тенденції формування кліпового мислення та свідчить про взаєморозуміння представників різних поколінь та адаптацію форм навчального процесу до потреб і можливостей учнів.

Інформаційні системи, які стрімко розвиваються, безпосередньо впливають на формування свідомості майбутнього лікаря. За допомогою «кліпового мислення» образи сприймається швидко, інформація миттєво оброблюється та трансформується в певні медичні дії та маніпуляції які є професійними компетенціями лікаря. З іншого боку, використовуючи у навчанні тільки «кліпове мислення», інтерн бачить лише поверхневі та загальні риси явища, не вміє встановлювати причинно-наслідкові зв'язки та будувати довгі логічні ланцюжки. Тому майстерність викладача полягає у вмілому поєднанні традиційного викладання медичної дисципліни із позитивними

складовими сучасного «кліпового» мислення. При плануванні занять, за нашою думкою, слід розбивати навчальний матеріал на короткі блоки із різною формою подачі матеріалу. Доцільно буде використовувати інноваційні методики викладання, в тому числі такі, що мають звичайну для сучасної молоді людини «кліповість»: з наочними, яскравими, легкими до запам'ятовування подачею інформації та її формулюванням. Педагог повинен відчувати тенденції часу, мати гнучкість мислення, креативність та професіоналізм щоб допомогти майбутньому лікарю зібрати всі пазли разом для створення цілісної картини його майбутньої професії.

Список використаних джерел

1. Клигуненко Е.Н. с соавт. Клиническое и клиповое мышление в процессе обучения врачей-интернов/ Е.Н.Клигуненко, В.В.Ехалов, О.В.Кравец, Е.А.Куш, В.А.Сединкин //Медицина невідкладних станів. — 2018, № 6 (93). — С. 12-23.

2. Літвінова М. Б. Досвід діагностування кліпового мислення // Збірник наукових праць [Херсонського державного університету]. Педагогічні науки. - 2017. - Вип. 76(3). - С. 140-145.

3. Тоффлер Э. Шок будущего: Пер. с англ. - М.: ООО "Издательство АСТ", 2002. - 557, [3] с. - (Philosophy).

ОПТИМІЗАЦІЯ ПІДХОДІВ ДО САМОСТІЙНОЇ РОБОТИ ІНОЗЕМНИХ СТУДЕНТІВ

*Візір Вадим Анатолійович, д.мед.н., професор,
Деміденко Олександр Вікторович, к.мед.н., доцент,
Садомов Антон Сергійович, к.мед.н., доцент,
Приходько Ігор Борисович, к.мед.н., доцент,
Буряк Віктор Валерійович, к.мед.н., доцент,*

*Шолох Сергій Григорович, к.мед.н., асистент, кафедра внутрішніх хвороб 2,
Запорізький державний медичний університет*

Розвиток вищої медичної освіти в Україні відбувається з урахуванням певних принципів, зокрема професіоналізації та виховання не лише фахової, а й загально-гуманітарної культури. При цьому необхідно враховувати традиції, що склалися в системі медичної освіти, специфіку самої медичної освіти та сучасні зміни [1, с. 160; 2, с. 29]. Відносно студента освіта - це одночасно і процес і результат навчання, в змісті якого важливим є як зовнішній аспект - освітнє середовище, так і внутрішній – особистісні характеристики студента. При цьому, з точки зору лікаря-викладача, безпосередньої уваги потребує педагогічна взаємодія між учасниками навчального процесу.

На сьогодні в університеті ми маємо цілком продуману систему підготовки іноземних студентів, яка удосконалювалася не один рік. Однак зміни технологій навчання вимагають переорієнтації діяльності викладача з інформаційної на організаційну, а направленості студента не тільки на засвоєння навчального матеріалу, але і на контрольовану самостійну пізнавальну діяльність. Важливою є також необхідність створення умов

ефективного оцінювання знань, формування у студентів здатності до самостійної і об'єктивної оцінки своєї діяльності [3, с. 35-36].

При організації самостійної роботи іноземних студентів необхідно враховувати деякі особливості. З одного боку, даний контингент студентів зазнає певних труднощів у засвоєнні навчального матеріалу. З іншого, практика навчання іноземців у всьому світі свідчить про доцільність навчання вітчизняних та іноземних студентів за уніфікованими підходами. Самостійна робота іноземних студентів не повинна відрізнятися за своїм обсягом, але може бути іншою за своїм змістом. Значно полегшує можливості самопідготовки іноземців створення підручників, навчальних посібників. Великі інформаційні можливості надають сучасні освітні платформи, які використовуються у змішаній та дистанційній формах навчання. Цікавість студентів до сучасних технологій значна, що необхідно використовувати в самостійній роботі з метою вирішення низки методичних питань; зокрема, необхідно організувати колективну співпрацю так, щоб студенти були максимально залучені до освітнього процесу. Також це і можливість поєднання навчальної і контролюючої спрямованості довідкового матеріалу, налагодження особистої комунікації між студентом і викладачем і, звичайно, індивідуалізація навчання. [3, с. 34-35]

В цілому, комплексний підхід до організації самостійної роботи іноземних студентів має на меті формування грамотного лікаря, що приймає виважені і логічно обґрунтовані рішення. Студенти, в більшості, позитивно сприймають даний вид навчальної роботи, відзначаючи, що це покращує засвоєння інформації та забезпечує систематичну роботу протягом навчального семестру.

Отже, оптимізація підходів до організації самостійної роботи студентів, націленої на використання індивідуального оцінювання, підвищення значущості засобів самоконтролю і самооцінку результатів навчальної діяльності, створює більш сприятливе середовище, прийнятне для переважної більшості студентів, в якому вони будуть максимально залучені до навчального процесу.

Список використаних джерел

1. Бойчук О. Сучасні психолого-педагогічні вимоги до викладача вищого медичного навчального закладу // Освітологічний дискурс. 2018. № 1-2 (20-21). С. 158-170.

2. Кир'ян Т. І. Принципи перебудови вищої освіти і вища медична школа України // Scientific Journal «ScienceRise: Pedagogical Education». 2016. № 6 (2). С. 26–30.

3. Маслова К. І. Мотивація студентів до самостійної роботи як один із важливих чинників у навчальному процесі // Педагогіка формування творчої особистості у вищій і загальноосвітній школах. 2019. № 64, Т. 2. С. 34-36.

7. ПРОБЛЕМИ МЕДИЧНОЇ ДИСТАНЦІЙНОЇ ОСВІТИ В УМОВАХ ПАНДЕМІЇ

ОСОБЛИВОСТІ ДИСТАНЦІЙНОГО НАВЧАННЯ В УМОВАХ ПАНДЕМІЇ

*Марков Юрій Іванович, кандидат медичних наук,
доцент кафедри анестезіології та інтенсивної терапії,
Національний університет охорони здоров'я України імені П.Л. Шупика,
м. Київ*

Внаслідок епідемії COVID 19 у стислі терміни відбувся перехід у формат дистанційної освіти («аварійна дистанційна освіта»). При цьому виникли одна за одною ціла низка проблем, що врешті-решт призвело до зниження якості освіти. Дистанційна форма навчання не відповідає усталеним освітнім стандартам, знизилась роль викладача, існують проблеми з адаптацією слухачів і викладачів до нових умов роботи (в режимі он-лайн), з'явилися нові вимоги до комп'ютерної грамотності викладачів і тих, кого вони навчають, знизилася мотивація до навчання тощо.

Ключові слова: дистанційне навчання, епідемія COVID 19, освітні стандарти, мотивація до навчання.

CHALLENGES OF DISTANCE EDUCATION DURING THE PANDEMIC

*Yu.I. Markov,
Department of anesthesiology and intensive care,
Shupyk National Healthcare University of Ukraine, Kyiv, Ukraine*

Abstract. Because of COVID-19 pandemic a rapid transition to the distance-learning format (“emergency distance learning”) has occurred. As a result, a whole array of issues has emerged, eventually leading to a decreased quality of education. Distance learning doesn't comply with the current standards of education, reduces the role of the teacher, creates adaptation issues for both teachers and students as they adjust to their new working conditions (online education setting), demands new, more advanced computer literacy skills among both the teaching staff and the ones they are teaching, decreases motivation to study etc.

Key words: distance learning, COVID-19 pandemic, standards of education, motivation to study

Технологічні інновації не тільки вплинули на соціальні зміни, але й стали основною рушійною силою трансформації освіти. Нові споживачі очікують, що освіта буде надаватися таким чином, що забезпечить підвищену практичність та зручність [1]. З розвитком мережі інтернет, з'явилась можливість передавати необхідну кількість даних на далеку відстань, вести дискусію з іншими користувачами мережі в онлайн режимі, робити доступною інформацію для усіх бажаючих. Реформування освіти передбачає також розробку такої сучасної освітньої технології як дистанційна освіта [2]. Внаслідок епідемії COVID 19

відбувся пришвидшений перехід у формат дистанційної освіти («аварійна дистанційна освіта (emergency remote teaching)» [3]. Слід зазначити, що дистанційна форма суттєво відрізняється від традиційних, усталених стандартів навчання. При цьому виникли одна за одною ціла низка проблем (зниження ролі педагогів, робота в режимі онлайн з підвищенням вимог до комп'ютерної грамотності викладачів та слухачів, зниження значення мотиваційних джерел навчання), що врешті-решт призвело до зниження якості освіти. У зв'язку з тривалою пандемічною ситуацією і обтяжливими заходами, такими як блокування та вимога залишатися вдома, пандемія COVID-19 здійснює негативний вплив на освіту, зокрема вищу [4].

Мета та задачі дослідження

Метою даного дослідження є проведення аналізу літературних джерел, для встановлення особливостей дистанційного навчання в умовах пандемії COVID-19.

Для досягнення мети були поставлені такі задачі:

1. Встановити основні особливості дистанційного навчання в умовах пандемії.
2. Ідентифікувати негативні наслідки для учасників освітнього процесу у різних країнах світу, де відбулось найбільше поширення COVID-19.
3. Проаналізувати основні підходи при підготовці лікарів-анестезіологів в умовах пандемії.
4. Встановити, яким чином здійснюється навчання анестезіологів деонтології та навикам командної роботи в операційній.

Виклад основного матеріалу

При здійсненні загальнонаціонального дослідження студентів медичних коледжів у Китаї з 3 по 10 лютого 2020 року було встановлено: в умовах пандемії у них є поширеними симптоми гострого стресу, тривоги та депресії. Цьому сприяли численні епідеміологічні та психосоціальні чинники, такі як інфікування членів сім'ї, потужний вплив засобів масової інформації, низький рівень соціальної підтримки, випускний курс навчання та попередні проблеми з психічним здоров'ям [5].

Подібні результати отримані при соціологічному дослідженні серед 195 студентів одного із великих державних університетів США штату Техас навесні 2020 року у зв'язку зі спалахом пандемії COVID-19. Респонденти вказали на наступні чинники, які вплинули на їхнє психічне здоров'я та добробут: підвищений рівень стресу та тривоги – 75 % опитаних, страх й занепокоєння за своє здоров'я та здоров'я свої близьких – 91 %, труднощі з концентрацією уваги – 89 %, порушення сну – 86 %, зниження соціальної взаємодії через фізичне віддалення – 86 %, підвищення занепокоєння з приводу успішності навчання – 82 % опитаних [4]. Також подібні результати досліджень стосовно високого рівня проблем із психічним здоров'ям серед студентів, які перехворіли на COVID-19 та перенесли карантин, наводять французькі дослідники. Вони зазначають необхідність профілактичних заходів та доступності медичної допомоги [6]. Симптоми психічного здоров'я могли бути поширеними під час спалаху COVID-19 не тільки у студентів, а й серед населення в цілому, особливо серед інфікованих осіб або серед людей, які могли мати контакт з хворими на COVID-19 [7].

Під час кризи, пов'язаної з пандемією цифрове неформальне навчання набуває більшого значення для академічної активності студентів. Поскільки заклади вищої освіти відіграють ключову роль у підвищенні успішності у навчанні, особливо в умовах пандемії COVID-19, академічні адміністратори повинні приділяти більше уваги цифровій компетентності студентів і надавати їм ефективні та зручні платформи, що можуть підвищити їхню академічну активність [8]. Для студентів коледжу готовність до онлайн навчання та емоційна компетентність позитивно пов'язані з академічною успішністю в умовах COVID-19 [9].

Таким чином пандемія COVID-19 призвела до кардинальних соціальних змін, що вплинуло та трансформувало усталений освітній процес на викладачів й на тих, кого вони навчають. Переважна більшість університетів перейшла на дистанційні форми навчання. У теперішній час медичні університети повинні використовувати такий підхід, щоб адаптувати навчальний процес до поточної ситуації з COVID-19 [10].

У деяких напрямках медицини набувають особливого значення усні іспити (зокрема, в анестезіології та інтенсивної терапії), тому викладачі, які будуть здійснювати такий екзамен повинні проходити спеціальні семінари з підвищення кваліфікації [11]. Програми ординатури з анестезіології, такі як об'єктивний структурований іспит (OSCE) та структурований усний іспит (SOE) передбачають підготовку за допомогою симуляційних програм навчання [12]. Для оцінки спілкування та професіоналізму, а також технічних навиків, пов'язаних з доглядом за пацієнтом Американська рада анестезіологів почала проводити об'єктивний структурований клінічний іспит (OSCE) в межах екзамену APPLIED як доповнення до стандартного компоненту усного іспиту. Для підготовки до OSCE, були створені спеціальні модулі за окремими темами та навчальна програма для підготовки ординаторів-анестезіологів. Ці модулі рекомендують для стажерів-анестезіологів усіх рівнів, щоб вони мали можливість ознайомитися з форматом та швидким темпом екзамену [13].

Обговорення отриманих даних

Використання таких програм дистанційно не вирішує завдання підготовки спеціаліста з високим рівнем компетенцій. Звичайне перенесення принципів аудиторного навчання у віртуальне середовище призведе до зниження рівня підготовки лікаря. При цьому унеможливується передавання емоцій, суттєво звужується невербальний потік комунікації та здійснюється викривлення знань. Лікар не опановує знання, а копіює модель поведінки. При цьому втрачається соціалізація особистості.

При запровадженні об'єктивного структурованого клінічного іспиту (OSCE) Американською радою анестезіологів при первинній сертифікації певним чином вплинуло на анестезіологічні ординатури у США. Так, при дослідженні послідовним змішаним методом з фокус-групами та онлайн-опитуванням серед директорів програм анестезіологічних ординатур, акредитованих Радою з акредитації вищої медичної освіти було встановлено, що приблизно 3 з 5 директорів програм вважають, що об'єктивний структурований клінічний іспит (OSCE) оцінює навик, необхідний для практичної діяльності анестезіолога [14].

Показовими є результати соціологічного дослідження лікарів-анестезіологів стосовно їхньої думки про OSCE. Загальний відсоток відповідей становив 17,26% (710 відповідей на 4112 запрошень). За п'ятибальною шкалою Лайкерта, де 1 – «Дуже неточно», а 5 – «Дуже точно», середня точність об'єктивного структурованого клінічного іспиту (OSCE) з оцінки комунікативних навиків і професіоналізму становила 2,3 і 2,1 відповідно. Стосовно корисності навчання OSCE для покращення клінічної практики лікарів, попередження судових позовів, навчання ефективному спілкуванню з пацієнтами та навчання ефективному спілкуванню з іншими постачальниками послуг, то середні оцінки за п'ятибальною шкалою Лайкерта, де 1 – «Зовсім не корисно», а 5 – «Дуже корисно», становили 1,86, 1,69, 1,79 і 1,82 відповідно. Резиденти одностайно вважають, що такі чинники, як культура, раса/етнічність, релігія та мова, негативно впливають на оцінку навиків спілкування. За п'ятибальною шкалою Лайкерта, де 1 – «Зовсім не впливає», а 5 – «Дуже впливає», відповідні оцінки становили 3,45, 3,19, 3,89 та 3,18 відповідно. Цікаво, що національність та політична приналежність також впливають на цю оцінку, але в меншій мірі. Понад 96% резидентів вважають, що OSCE треба відкласти чи відмовитися нього (60,8%), або призупинити (35,8%). Загальний висновок: резиденти-анестезіологи у США у переважній більшості вказали, що OSCE немає ніякої позитивної цілі і повинен бути негайно припиненим [15].

Таким чином, можна констатувати, що при дистанційному навчанні за рахунок онлайн-семінарів, вебінарів чи лекцій майбутній лікар може стверджувати: «Знаю що» і «Знаю як», але при цьому він, скоріше за все, не буде компетентним. Такі ствердження певною мірою можна зіставити з першими двома рівнями (з чотирьох) оціночної моделі Кірпатрика (Kirkpatrick's model). Перший рівень свідчить наскільки той, хто навчався задоволений навчальною програмою. Другий рівень відноситься до навчання і оцінки знань [1]. Створення нової філософії освіти передбачає уведення нових форматів і технологій доставлених знань з наступною глибинною зміною ціннісно-сміслового змісту освіти.

Окрема нагальна проблема, пов'язана з дистанційним навчанням, проблемність навчання лікарів-початківців питанням деонтології та навикам командної роботи в операційній. На жаль, таким напрямкам роботи можна навчитися лише в операційній, адже саме там, особливо при виникненні невідкладних ситуацій, розгортаються найдраматичніші події. Дані національного дослідження США показали, що 74 % медичних працівників були свідками деструктивної поведінки лікарів. Це число збільшилося до 86 %, коли враховувалися дані лише медсестер. Стосовно хірургів, то деструктивна поведінка була поширена в періопераційній зоні, де 97 % медсестер були свідками поганої поведінки хірургів. Схоже, поведінка нинішнього покоління покращилася, але проблема залишилася [16]. Студенти сестринської справи, які демонструють деструктивну поведінку в аудиторії чи клінічних умовах також становлять загрозу навчальному середовищу і не зможуть в майбутньому забезпечити якісний догляд за пацієнтами. Вони потребують раннього виявлення для прийняття своєчасних відповідних заходів [17].

З введенням безперервного професійного розвитку в системі охорони здоров'я України істотно змінюється парадигма підготовки професійних кадрів. Вектор відповідальності в здобутті фахівцями професійних компетентностей зміщується в бік самого лікаря. Саме самоосвіта стає ключовим підходом у забезпеченні професійного рівня в охороні здоров'я. На лікаря покладається професійна відповідальність не тільки у визначенні навчальної траєкторії (особисте освітнє портфоліо), але і у визначенні компетентностей, які йому необхідні для якісної лікарської діяльності [18].

Висновки

1. Особливостями дистанційного навчання в умовах пандемії є швидкий перехід у формат дистанційної освіти, яка суттєво відрізняється від традиційних, усталених стандартів навчання.

2. У зв'язку з тривалою пандемічною ситуацією і обтяжливими заходами такими як блокування та вимога залишатися вдома, пандемія COVID-19 здійснює негативний вплив на учасників освітнього процесу.

3. У деяких напрямках медицини дистанційне навчання набуває особливого значення, зокрема, в анестезіології та інтенсивній терапії.

4. Особливу актуальність становить навчання анестезіологів питанням деонтології та навикам командної роботи в операційній.

Список використаних джерел:

1. Sinclair P., Kable A., Levett-Jones T. The effectiveness of internet-based e-learning on clinician behavior and patient outcomes: a systematic review protocol. JBI Database System Rev Implement Rep. 2015 Jan;13(1):52-64

2. Андрусенко Н.В. Дистанційне навчання в Україні / Дистанційне навчання як сучасна освітня технологія [Електронний ресурс] : матеріали міжвузівського вебінару (м. Вінниця, 31 березня 2017 р.) / відп. ред. Л.Б.Ліщинська. – Вінниця : ВТЕІ КНТЕУ, 2017. – С. 7-9.

3. Bond M., Bedenlier S., Marín V.I., Händel M. Emergency remote teaching in higher education: mapping the first global online semester. Int J Educ Technol High Educ. 2021;18(1):50.

4. Son C., Hegde S., Smith A., Wang X., Sasangohar F. Effects of COVID-19 on College Students' Mental Health in the United States: Interview Survey Study. J Med Internet Res. 2020 Sep 3;22(9):e21279.

5. Ma Z., Zhao J., Li Y. et al. Mental health problems and correlates among 746 217 college students during the coronavirus disease 2019 outbreak in China. Epidemiol Psychiatr Sci. 2020 Nov 13;29:e18.

6. Wathelet M., Duhem S., Vaiva G. et al. Factors Associated With Mental Health Disorders Among University Students in France Confined During the COVID-19 Pandemic. JAMA Netw Open. 2020 Oct 1;3(10):e2025591.

7. Shi L, Lu ZA, Que JY, Huang XL, Liu L, Ran MS, Gong YM, Yuan K, Yan W, Sun YK, Shi J, Bao YP, Lu L. Prevalence of and Risk Factors Associated With Mental Health Symptoms Among the General Population in China During the Coronavirus Disease 2019 Pandemic. JAMA Netw Open. 2020 Jul 1;3(7):e2014053.

8. Heidari E., Mehrvarz M., Marzooghi R., Stoyanov S. The role of digital informal learning in the relationship between students' digital competence and

academic engagement during the COVID-19 pandemic. J Comput Assist Learn. 2021 Apr 19;10.1111/jcal.12553

9. Wang Y., Xia M., Guo W., Xu F., Zhao Y. Academic performance under COVID-19: The role of online learning readiness and emotional competence. Curr Psychol. 2022 Jan 13;1-14.

10. Kawaguchi-Suzuki M, Nagai N, Akonoghre RO, Desborough JA. COVID-19 pandemic challenges and lessons learned by pharmacy educators around the globe. Am J Pharm Educ. 2020;84(8):1045–1048.

11. Wathélet M, Duhem S., Vaiva G. et al. Factors Associated With Mental Health Disorders Among University Students in France Confined During the COVID-19 Pandemic. JAMA Netw Open. 2020 Oct 1;3(10):e2025591.

12. Isaak R.S., Chen F., Arora H., Martinelli S.M., Zvara D.A., Stiegler M.P. A Descriptive Survey of Anesthesiology Residency Simulation Programs: How Are Programs Preparing Residents for the New American Board of Anesthesiology APPLIED Certification Examination? Anesth Analg. 2017 Sep;125(3):991-998.

13. Rochlen L.R., Tarnal V., Vance J.L., Alderink E., Bernstein W.K. Modules for the Technical Skills Section of the OSCE Component of the American Board of Anesthesiology APPLIED Examination. MedEdPORTAL. 2019 Apr 29;15:10820.

14. Chen D., Sun H., Warner D.O., Macario A. Residency program directors' perceptions about the impact of the American Board of Anesthesiology's Objective Structured Clinical Examination. J Clin Anesth. 2021 Dec;75:110439.

15. Goudra B., Guthal A. US Residents' Perspectives on the Introduction, Conduct, and Value of American Board of Anesthesiology's Objective Structured Clinical Examination-Results of the 1st Nationwide Questionnaire Survey. Jan-Mar 2021;15(1):87-100.

16. Jones J.W., McCullough L.B. Ethics of unprofessional behavior that disrupts: crossing the line. J Vasc Surg. 2007 Feb; 45(2): 433-5.

17. Clark C.M., Farnsworth J., Springer P.J. Policy development for disruptive student behaviors. Nurse Educ. Nov-Dec 2008; 33(6): 259-62.

18. Краснов В.В. Солідарна відповідальність лікаря, професійної спільноти та медичної освіти при підготовці кадрів системи охорони здоров'я. Journal «ScienceRise: Pedagogical Education». 2019. №6(33). С. 25-28.

ОСОБЛИВОСТІ ВИКЛАДАННЯ ПЕДІАТРІЇ В УМОВАХ ПАНДЕМІЇ COVID-19

*Марушко Юрій Володимирович, д.мед.наук, професор,
завідувач кафедри педіатрії післядипломної освіти,*

Бойко Наталія Сергіївна, к.мед.наук,

доцент кафедри педіатрії післядипломної освіти,

Чабанович Ольга Василівна, к.мед.наук,

асистент кафедри педіатрії післядипломної освіти,

Національний медичний університет імені О.О. Богомольця

Анотація. У статті розглянуті особливості викладання педіатрії на кафедрі педіатрії післядипломної освіти НМУ імені О.О. Богомольця в умовах пандемії COVID-19. Для забезпечення дистанційного навчання в НМУ була запроваджена дистанційна освітня платформа: спочатку Neuron, потім Likar, які

стали дієвою складовою освітнього процесу. Визначено форми дистанційного навчання, його переваги та недоліки. Зазначено, що негативними моментами під час дистанційного навчання є складність у забезпеченні практичної підготовки та труднощі в формуванні комунікативних навичок. Тому дистанційне навчання, яке поєднує традиційну та дистанційну моделі навчання, є короткотривалим та служить підставою для переходу до змішаного навчання.

Ключові слова: медична освіта, педіатрія, дистанційне навчання, змішане навчання

Abstract. The article considers the peculiarities of teaching pediatrics at the department of pediatrics of postgraduate education Bogomolets National Medical University in the COVID-19 pandemic. To ensure distance learning, NMU has introduced a distance learning platform: first Neuron, then Likar, which has become an effective part of the educational process. The concept of distance learning, its advantages and disadvantages are defined. It is noted that the inability to provide practical training and development of communication skills is negative in distance learning. Therefore, distance learning is short-term and the basis for the transition to blended learning, as it combines traditional and distance learning models of learners.

Keywords: medical education, pediatrics, distance learning, blended learning

Пандемія COVID-19 спонукала до перегляду системи підготовки майбутніх лікарів та обґрунтувала перехід навчання від очних форм до віртуально дистанційних. Медична освітня спільнота згуртувалася навколо необхідності збереження викладання та подальшого розвитку дистанційного навчання в незвичайних умовах [6]. Дистанційна форма навчання - це комплекс освітніх послуг, що надаються за допомогою сучасних психолого-педагогічних та інформаційно-комунікативних технологій. Адже процес оволодіння знаннями, уміннями та навичками носить індивідуальний характер. А в умовах пандемії навчання відбувається при взаємодії віддалених один від одного учасників навчального процесу у спеціалізованому середовищі.

Для забезпечення дистанційного навчання в НМУ ім. О.О. Богомольця була запроваджена дистанційна освітня платформа: спочатку Neuron, потім Likar. Дистанційне навчання через освітню платформу НМУ Likar стало дієвою складовою освітнього процесу [1, с.10]. На кафедрі педіатрії післядипломної освіти НМУ навчаються студенти, починаючи з 2 курсу, інтерни та слухачі курсів ТУ, стажування, спеціалізації з актуальних питань педіатрії. Отже, навчальний процес та оволодіння педіатричними знаннями починається на додипломному етапі і продовжується, в подальшому, післядипломною освітою. Надзвичайно важливим завданням було інтегрувати ці етапи викладання, вміло поєднати теоретичні знання, практичні навички, навчити комунікативним вмінням та донести ці новації до кожного майбутнього лікаря.

Навчання в цифровому форматі відбувалося завдяки використанню безмежних можливостей впровадженої платформи Likar. Кафедра мала можливість розмістити усі матеріали для навчального процесу: робочі програми, тематичні плани, плани циклів, методичні матеріали, відеолекції. Оцінювання

знань студентів, інтернів та курсантів відбувалося через виконання тестових завдань, ситуаційних задач, які також були внесені на Likar-платформу.

Особлива увага приділялась інтерактивним методам та освітнім технологіям. Співробітниками кафедри впроваджено і широко використовуються заняття-конференції з використанням платформи Googlemeet та Zoom. Під час онлайн заняття викладач аналізував та виправляв відповіді на тестові завдання, демонстрував відеофільми (наприклад, кровообіг при вадах серця), аудіозаписи (наприклад, звукові ефекти при аускультатії легень та серця), фото (наприклад, висипки у дітей), рентгенограми, ЕКГ, тощо. Такі підходи в викладанні неабияк допомагали під час засвоєння учбового матеріалу. Організація дистанційного навчання дала можливість студентам та лікарям переглядати допоміжні матеріали, отримувати додаткову інформацію, пояснення у вигляді онлайн консультацій. Таким чином, знання поглиблювались та закріплювались. Сучасні технології розширюють індивідуальний підхід в освітньому процесі та забезпечують зворотній зв'язок між викладачем та студентом, інтерном, слухачем [1, с.11]. Така співпраця в онлайн - режимі створює можливість для отримання нових знань або найсвіжішої інформації у дуже оперативній формі [7, с.10].

Для самостійної роботи використовуються історії хвороби з електронного архіву кафедри, наукові публікації, монографії, протоколи та настанови надання допомоги дітям, повідомлення, які в подальшому були представлені у вигляді презентацій. Під час обговорення виникали питання, дискусії, кожен учасник мав можливість висловити та аргументувати свою думку, тобто відбувалося спілкування між учасниками дискусії, що сприяло формуванню комунікативних навичок в медичному середовищі. Така взаємодія між учасниками освітнього процесу є дуже важливою комунікативною складовою навчання, вчить поважати іншу думку, спілкуватися, відстоювати свою точку зору, наводити аргументи на користь діагнозу, обґрунтовувати лікування.

Впровадження цифрових технологій в освітній процес породжує не тільки нові можливості, але й нові ризики.

Для майбутніх педіатрів надзвичайно важливим є спілкування з дитиною та її батьками, робота біля ліжка пацієнта, опрацювання мануальних та комунікативних навичок, що, на жаль, є неможливим в форматі дистанційного навчання. Відео-заняття вимагали від викладача удосконалювати свою психолого-педагогічну компетенцію, вміло вибудовувати взаємовідносини зі студентами з урахуванням індивідуальних можливостей кожного майбутнього лікаря. Тому під час дистанційного навчання створювались клінічні ситуації, які потребували вміння зібрати анамнез, задати «відкриті» питання (Наказ МОЗ України №149 від 2008 року), оцінити запропоновані дані об'єктивного обстеження та лабораторних досліджень. Згідно наказу, при спілкуванні з матір'ю та іншими членами сім'ї важливо використовувати шість навичок ефективного спілкування: застосовувати невербальне спілкування - задавати «відкриті» запитання; реагувати та жестикулювати, показуючи тим самим зацікавленість; відображати слова матері; проявляти співчуття, співпереживання (емпатію); уникати використання оцінюючих слів. Під час

спільного обговорення ситуаційної задачі розроблялись алгоритми лікування та алгоритми виконання практичних навичок з метою максимального наближення студентів до практичної роботи. Враховуючи неможливість безпосередньої роботи з хворими дітьми та їх батьками, викладач пояснював труднощі, які виникають під час спілкування і які потребують певного психологічного та деонтологічного підходу. Викладачі кафедри навчають студентів долати ці труднощі, знаходити правильний вихід зі складних ситуацій. Важливо вміти заспокоїти дітей та їх батьків, зігріти їх своїм теплом і любов'ю в хвилини відчаю, переконати в необхідності болісних та неприємних лікувально-діагностичних процедур, вселити надію [3, с.58]. Психолого-педагогічна компетентність проявляє себе в кваліфікації викладача як діагноста особистості того, хто навчається, в адекватності дій та гнучкості мислення в процесі викладання педіатрії. Згідно визначених особливостей вибудовується правильна стратегія та тактика навчання.

Такі заняття імітують практичне заняття офлайн завдяки впровадженню виступів, дискусій з усіма учасниками освітнього процесу, розбору клінічних ситуацій, презентування самостійно проведеної роботи.

Оскільки пандемія відступає та вакцинація проти Covid 19 охопила більшість студентів, інтернів та слухачів поточний навчальний рік розпочато за очною (аудиторною) формою навчання. Але при умові ускладнення епідемічної ситуації та поширення коронавірусної хвороби (COVID-19) згідно наказу НМУ № 568 від 25.08 2021 слід забезпечити реалізацію навчального процесу за очною (аудиторною) та дистанційною формою навчання з використанням онлайн навчальної платформи Likar, тобто перейти в формат змішаної форми освітнього процесу.

Модель онлайн-викладання педіатрії на кафедрі педіатрії післядипломної освіти за два роки пандемії активно удосконалювалася та стала невід'ємною частиною змішаної моделі навчання. Ми поєднали позитивні моменти онлайн та офлайн навчання і, на даний час, використовуємо гнучку модель освітнього процесу. В ній гармонійно поєднуються аудиторний та дистанційно-інтерактивний формати навчання. Її результатом є ефективний організований процес засвоєння якісних знань здобувачами освіти. Крім цього, провадження змішаного навчання потребує розвитку відповідних компетентностей учасників освітнього процесу, до яких можна віднести цифрову та комунікативну [2, с.103]. Цей формат навчання є перспективною альтернативою у медичній освіті через його багатофункціональність та адаптивність [2, с.107].

Висновки. Дистанційне навчання є екстреною або короткотривалою формою медичного освітнього процесу, але не забезпечує комунікативну та практичну діяльність майбутніх лікарів. Впровадження змішаного навчання має багато позитивних здобутків для медичної освіти.

Список використаних джерел

1. Волосовець О.П., Виговська О.В., Кривоустов С.П. та інші. Дистанційне навчання як інформаційно-комунікативна технологія додипломної підготовки лікарів з педіатрії в умовах сучасних викликів // Медична освіта. - 2020. - №3. - С.9-12.

2. Наливайко Н., Наливайко О. Змішане навчання в медичних закладах вищої освіти //Освітологічний дискурс. - 2020. - Т. 32. - №1. - С. 101–111. <https://od.kubg.edu.ua/index.php/journal/issue/view/34>

3. Марушко Ю.В., Бойко Н.С. Морально-етичні принципи у формуванні особистості майбутніх лікарів //Формування національних і загальнолюдських цінностей у студентів медичних і фармацевтичних вищих навчальних закладів. Матеріали XII міжнародної наукової конференції. – 2012.- С.58.

4. Про затвердження Клінічного протоколу медичного догляду за здоровою дитиною віком до 3 років: Наказ від 20.03.2008 № 149.

5. Наказ НМУ імені О.О. Богомольця від 25.08 2021 № 568 «Про організацію навчального процесу в осінньо-зимовому семестрі 2021-2022 навчального року».

6. Dominic A. Fitzgerald^{1,2} & Karen M. Scott² Ryan Blended and e-learning in pediatric education: harnessing lessons learned from the COVID-19 pandemic European Journal of Pediatrics. <https://doi.org/10.1007/s00431-021-04149-1>

7. Chen, J., Zhou, J., Wang, Y., Qi, G., Xia, C., Mo G., et al. (2020). Blended learning in basic medical laboratory courses improves medical students' abilities in selflearning, understanding, and problem solving. Adv Physiol Educ, 44(1), 9-14. <https://doi.org/10.1152/advan.00076.2019>

СОЦІАЛЬНО ВІДПОВІДАЛЬНА ПОВЕДІНКА ЗАКЛАДУ ВИЩОЇ ОСВІТИ ЯК ЗАПОРУКА ЯКІСНОЇ ПІДГОТОВКИ ФАХІВЦІВ ГАЛУЗИ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я У КОНТЕКСТІ БЕЗПЕРЕРВНОГО ПРОФЕСІЙНОГО РОЗВИТКУ

*Ткаченко Наталя Олександрівна, доктор фармацевтичних наук, доцент,
завідувач кафедри управління та економіки фармації;*

*Рябоконт Юрий Юрійович, доктор медичних наук, професор,
декан факультету післядипломної освіти,*

Запорізький державний медичний університет

Реформування медичної галузі (у т. ч. й фармацевтичного сектору охорони здоров'я) призвело до «оголення» проблемних питань її діяльності у сучасних реаліях: зниження рівня соціально-етичних й професійних особистісних якостей як представників управлінської ланки, так і безпосередньо фахівців; збільшення випадків порушення деонтологічних принципів у практичній сфері; відтік кваліфікованих кадрів за кордон та перехід у нові сфери діяльності; ускладнення при впровадженні концепції безперервного професійного розвитку (наприклад, нерозуміння окремими фахівцями необхідності впровадження даної концепції, нестабільність правового поля й правові колізії процесу реалізації даної концепції); низька матеріально-технічна й методична база провайдерів фахових освітніх послуг тощо. Ускладнюється ситуація ще й умовами пандемії COVID-19. Означені проблеми потребують пошуку нових шляхів їх подолання.

Ключова роль у вирішенні даного питання належить закладам вищої освіти (ЗВО) медичного (фармацевтичного) спрямування. У контексті комунітарної соціальної відповідальності саме ЗВО є головним осередком формування

професійних компетентностей, професійної відповідальності, професійних цінностей та професійної соціалізації майбутніх членів трудової спільноти галузі. Тобто університет закладає базові поняття професійної складової соціально-відповідальної поведінки медичних і фармацевтичних фахівців, а потім, на післядипломному етапі, з певною періодичністю корегує та вдосконалює набуту соціальну навичку.

Сьогодні головною вимогою (очікування) від усіх стейкхолдерів до ЗВО є забезпечення сучасної якості медичної і фармацевтичної освіти з урахуванням світових тенденцій. ЗВО може її задовольнити лише за наявності чіткої системи менеджменту якості освіти в університеті та здійсненні своєї діяльності на принципах соціальної відповідальності (СВ). Так, важливими соціально спрямованими завданнями ЗВО є впровадження наукової, науково-технічної, виробничої, інноваційної діяльності; формування ринку праці ОЗ та працевлаштування випускників; розвиток культури й норм поведінки на засадах академічної доброчесності (АД), наявність і дотримання яких визначають психологічний клімат у ЗВО та його ринкову капіталізацію; стабілізація соціальних відносин унаслідок забезпечення культурного, духовного і фізичного розвитку здобувачів освіти, які будуть активними учасниками соціальних взаємодій із зацікавленими сторонами та безліччю представників соціального середовища регіону; установлення міжнародних зв'язків та провадження міжнародної діяльності; забезпечення соціального захисту учасників навчально-виховного процесу.

Для ЗВО дотримання АД є підґрунтям для формування соціально відповідальної поведінки, яку автоматично ЗВО поширює і на зовнішнє середовище (абітурієнти та їх батьки; ЗВО-конкуренти; роботодавці для випускників – лікарні, аптеки, дистриб'юторські компанії, виробничі підприємства; регуляторні державні органи – МОН, МОЗ; медична й фармацевтична спільнота тощо). Крім того, усі заходи і засоби щодо АД можна віднести до засобів, за допомогою яких формується СВ або які стимулюють її розвиток, тобто АД є елементом системи СВ ЗВО.

Отже, ЗВО сьогодні повинен побудувати чітку систему АД (політика, правила, стандарти, механізми реалізації, засоби оцінки й контролю), створити усі необхідні умови та активно реалізовувати у своїй практичній діяльності. До цього процесу обов'язково повинні бути залучені усі стейкхолдери, а, як результат роботи такої системи - принципи АД будуть віддзеркалюватись у взаємовідносинах з зацікавленими сторонами, зростатиме якість освітнього процесу, буде формуватися позитивний імідж ЗВО і його соціально-відповідальна поведінка, підвищуватиметься конкурентоспроможність випускників. Якість навчання на засадах АД, особливо важлива й на післядипломному етапі, де медики і фармацевти удосконалюють свої професійні навички впродовж всього свого життя та де у 90% освітнього процесу активно використовуються новітні інформаційні технології.

ОСОБЛИВОСТІ ІНТЕГРАЦІЇ ДИСТАНЦІЙНОГО НАВЧАННЯ У ВИЩИХ НАВЧАЛЬНИХ МЕДИЧНИХ ЗАКЛАДАХ

*Самойленко Олена Валентинівна, канд. філ. н., доцент,
Завідувачка кафедри мовних та гуманітарних дисциплін №1,
Бабошкін Артем Ігорович, Книш Євген Андрійович,
студенти 1 курсу, 1 групи, медичного факультету №1,
Донецький національний медичний університет*

Дистанційне навчання – сукупність сучасних технологій, що забезпечують передачу інформації в інтерактивному режимі за допомогою використання ІКТ (інформаційно-комунікаційних технологій) від тих, хто навчає (викладачів, визначних постатей у певних галузях науки, політиків), до тих, хто навчається (студентів чи слухачів). Застосовується під час підготовки як у середніх загальноосвітніх школах, так і в ЗВО [1].

Глобальний спалах COVID-19, подальше закриття університетів та призупинення навчання на території України застали багато вищих навчальних закладів зненацька, що поставило під сумнів їх здатність адаптуватися до нової системи отримання знань.

Дистанційне навчання потрапило в центр уваги як єдиний можливий варіант уникнути безповоротного порушення процесу викладання. Велика кількість досліджень з цього приводу висвітлює проблеми, з якими стикаються українські університети після введення карантину через надзвичайну ситуацію з COVID-19, а саме: непостійність зв'язку з мережею, низька якість відтворюючого та сприймаючого обладнання, підготовки обох сторін навчального процесу, відсутність вербального контакту між людьми та інші. Але дистанційне навчання, окрім недоліків, має деякі переваги: можливість вчитися в будь-якому місці, індивідуально планувати режим роботи і навчання, не відвідувати навчальний заклад, можливість обробляти і пересилати завдання через мережу інтернет [2].

Надзвичайний перехід українських університетів до дистанційного навчання не був плавним; як професори-репетитори, так і студенти потрапили в несправедливу та невігідну ситуацію.

Не можна заперечувати того факту, що для грамотної інтеграції дистанційної форми навчання в загальний освітній процес потрібні наступні компоненти: забезпечення комунікації між учасниками освітнього процесу, наявність чіткої структури ведення предмета, гарна якість наявного обладнання, яке забезпечить відповідну якість зв'язку, а також вмотивованість обох сторін.

Інколи життя вносить свої корективи в наше життя, тому ми повинні вживати заходів, щоб уникнути розвитку несприятливих умов для здобування певного освітнього рівня: зайвий шум під час конференції, сторонні об'єкти або особи в кадрі, незадовільна якість з'єднання з провайдером, непостійність у роботі самої інтернет платформи, відсутність необхідної літератури в електронному варіанті. Потрібно володіти альтернативними варіантами проведення пізнавальної практики, наприклад ведення навчання у змішаному форматі. Якщо ж і є фактори, які можуть зірвати освітній процес, то це такі явища, як катаклізми і стихійні лиха, які ми не можемо ні попередити, ні застерегти себе від наслідків таких надзвичайних ситуацій.

Такі особливості дистанційної форми навчання позначаються різним чином як на здобувачах освіти, так і на викладацькому складі навчального закладу. Студенти першого-третього курсів медичних ЗВО вимагають постійного контролю за якістю одержуваних знань, бо перші роки навчання передбачають наявність лише теоретичних дисциплін, тому на них дистанційний формат позначиться незначно. А от для старших курсів безальтернативність такого формату отримання інформації в області прикладних клінічних дисциплін (модулі з педіатрії, гінекології, психіатрії, офтальмології, хірургії) обернеться справжньою трагедією у вигляді непоправних прогалин у знаннях із зазначених дисциплін.

Дистанційне навчання в поєднанні з інформаційно-комунікаційними технологіями відкриває нові можливості та переваги. Разом із тим, ця форма навчання приносить нові проблеми. Результати дослідження показують, що у студентів-заочників результати гірші, ніж у студентів очної форми навчання. Студенти, особливо в перші роки дистанційного навчання, мають значно нижчі показники успішності, ніж студенти денної форми навчання. Необхідно підвищувати якість навчання, пропонувати якісні навчальні матеріали і забезпечувати хороше управління навчанням [3, 4].

Отже, було визначено головні аспекти впливу дистанційного навчання на здобувачів вищої та загальної середньої освіти та викладачів в умовах надзвичайної ситуації під час пандемії COVID-19.

Список використаних джерел

1. Дистанційне_навчання.
URL: https://uk.wikipedia.org/wiki/%D0%94%D0%B8%D1%81%D1%82%D0%B0%D0%BD%D1%86%D1%96%D0%B9%D0%BD%D0%B5_%D0%BD%D0%B0%D0%B2%D1%87%D0%B0%D0%BD%D0%BD%D1%8F (дата звернення: 15.11.2021).
2. Шахмаев Н.М. (2000). Технические средства дистанционного обучения. М., «Знание». 276 с.
3. Fojtík R. (2018). Problems of Distance Education. *ICTE Journal*, 1. Vol.7. P. 14-24
4. Dervarics C. (2001). Support Builds for Distance Learning. *Community College Week*, 14 (1). P. 3-5.

ЦИФРОВА КОМПЕТЕНТНІСТЬ ВИКЛАДАЧІВ ЗАКЛАДІВ ВИЩОЇ ОСВІТИ - НЕОБХІДНІСТЬ СЬОГОДЕННЯ

*Мирошниченко Олена Анатоліївна, кандидат педагогічних наук,
старший викладач кафедри іноземних мов,
Запорізький державний медичний університет*

Сьогодення вимагає від педагогів закладів вищої освіти швидкої адаптації до умов інформаційного середовища, впевненості при застосуванні в навчальному процесі цифрових засобів навчання, тому формування в педагогів закладів вищої освіти цифрової компетентності є актуальною проблемою теорії і методики професійної освіти. В умовах діджиталізації освітнього простору закладів вищої освіти виявлені необхідні здатності, які входять до структури

цифрової компетентності та які мають опанувати педагоги закладів вищої освіти: здатність до пошуку інформації, здатність передати отриману інформацію, архівування цифрової інформації, створення навчальних матеріалів із використанням цифрового ресурсу, здатність до безпечного використання комп'ютера, програмного забезпечення, навчальних комп'ютерних програм у професійній діяльності.

Діджиталізація закладів вищої освіти призвела до змін в освітній діяльності викладача, в наслідок чого виникла потреба в розробці нових підходів. Педагоги закладів вищої освіти мають швидко адаптуватися до інформаційного середовища, впевнено застосовувати в освітньому процесі цифрові засоби навчання та цифрові системи. Тому фахівці мають володіти не тільки фундаментальними знаннями в певній області, а й мати навички володіння цифровими технологіями, вміти їх застосовувати в професійній діяльності, та в них має бути сформована цифрова компетентність. Викладачам закладів вищої освіти для формування цифрової компетентності можна виділити наступні умови: діджиталізація освітнього простору, застосування цифрових засобів навчання в діяльності викладача та розвиток необхідних здібностей для роботи з цифровими засобами навчання. Діджиталізація освітнього простору формує позитивну мотивацію до формування цифрової компетентності. Перевагою діджиталізації є вільний доступ до отримання інформації. Діджиталізацію освітнього простору університету можна розглянути на прикладі Запорізького державного медичного університету. Взаємодія між викладачами та студентами, кафедрами та деканатами відбувається через сайт університету, сайт кафедр, додатку Office 365 SharePoint, персональну електронну пошту кожного учасника освітнього процесу та пошту університету, та при застосуванні MS Teams Office 365, а також є можливість використання онлайн курсів, що є в вільному доступі для студентів університету, на платформі IronWood.

Застосування цифрових засобів навчання в діяльності викладача має покращити викладання предмету, підвищити ефективність як для викладача подачею інформації, так і для студентів отриманням інформації, та передбачає рівний доступ до джерел, та засобів навчання. Поєднання умінь, знань та навичок викладача, при застосуванні цифрових засобів навчання, забезпечує йому здатність до пошуку та обробки певної інформації, використання та збереження інформації. Створення навчальних матеріалів за допомогою цифрових ресурсів розширює можливості для отримання інформації студентам, покращує взаємодію викладача з колегами, при застосуванні онлайн комунікації. Тому викладачу закладу вищої освіти необхідно досягти рівня володіння програм операційних систем, для використання їх в освітньому процесі. Швидко адаптуватися та пристосовуватися до локальних програм з певного виду діяльності.

Список використаних джерел

1. Гаврілова Л.Г., Топольник Я.В. Цифрова культура, цифрова грамотність, цифрова компетентність як сучасні освітні феномени. *Інформаційні технології і засоби навчання*. 2017. Т. 61. № 5. С. 1–14.

2. Трифонова О.М. Триєдине освітнє середовище для розвитку інформаційно-цифрової компетентності майбутніх фахівців комп'ютерних технологій. *Педагогіка формування творчої особистості у вищій і загальноосвітній школах*. 2019. Т.2. № 64. С.139-143.

ПРОБЛЕМИ ДИСТАНЦІЙНОЇ ОСВІТИ В УМОВАХ ПАНДЕМІЇ (НА ПРИКЛАДІ ДОНЕЦЬКОГО НАЦІОНАЛЬНОГО МЕДИЧНОГО УНІВЕРСИТЕТУ)

*Поцулко Олена Анатоліївна, кандидат історичних наук, доцент,
доцент кафедри мовних та гуманітарних дисциплін № 1,
Вільчаускас Данило Станіславович,
студент 2 курсу медичного факультету,
Донецький національний медичний університет, м. Лиман, Україна*

Дистанційну форму навчання фахівці зі стратегічних проблем освіти називають «освітньою системою ХХІ століття». Актуальність теми дистанційного навчання полягає в тому, що результати суспільного прогресу, раніше зосереджені у сфері технологій, сьогодні концентруються в інформаційній сфері.

Дистанційна форма навчання є однією з найбільш перспективних напрямків у сфері освіти, яка відкриває необмежені можливості отримання вищої освіти та саморозвитку за наявності лише персонального комп'ютера (ПК) і доступу до мережі Інтернет. Багато зарубіжних університетів пропонують вищу онлайн-освіту з присвоєнням ступенів бакалавра, магістра, підвищення кваліфікації і навіть PhD у різних предметних сферах: від історії, соціальних наук і бізнесу до інженерних та ІТ-спеціальностей. Навіть на кар'єрно орієнтованих програмах, які передбачають значний обсяг практики, можна вчитися віддалено.

При дистанційному навчанні склалося кілька режимів організації освітньої діяльності: асинхронний або заочний (студенти вивчають матеріал в зручний для них час, відповідно до встановлених викладачем термінами), синхронний (одночасна участь в занятті, наприклад, в форматі вебінару) і змішаний (поєднання синхронної та асинхронної взаємодії залежно від педагогічних завдань). Ефективне використання нових технологій вимагає особливих компетенцій викладачів, студентів, а також ефективних і зручних технологічних рішень, особливої організації освітнього процесу. Але повна реалізація програм вищої освіти в дистанційному форматі неможлива, тому що ряд найважливіших процесів університетського життя слабо піддається цифровізації, переносу у віртуальний простір.

Основними проблемами, з якими зіткнулися викладачі Донецького національного медичного університету (далі – ДНМУ) при екстреному переході до дистанційного навчання, є: 1) відсутність у вузі зручної онлайн-платформи для дистанційного навчання та її неадаптованість до викладання дисциплін; 2) нестача часу; 3) нестача у викладачів необхідних технічних та педагогічних навичок для інтеграції цифрових технологій у процес навчання; 4) збільшення тимчасових та трудових витрат на підготовку та проведення занять із

використанням цифрових технологій; 5) відсутність належного контролю студентів під час занять та оцінювання їх роботи; 6) незручність проведення опитувань у онлайн-форматі.

Не всі викладачі належним чином володіють навичками роботи в цифровій сфері, а в умовах раптового переходу на дистанційне навчання швидко навчити педагогів навичкам роботи в дистанційному форматі практично неможливо, що стало однією з перших труднощів в екстремому переході до онлайн-формату. Деякі викладачі з жалем зізнаються, що їм було складно розібратися із платформами, на яких доводиться працювати в період пандемії, ґрунтуючись лише на особистому досвіді та інструкції технічної підтримки, хтось навіть просив допомоги у своїх студентів.

Система дистанційної освіти перебудовувалася «на ходу», тому методики реалізації дисциплін не були до кінця розроблені, не всі навчальні матеріали за такий короткий термін вдалося повною мірою адаптувати під онлайн-формат, можливості проведення практичних занять різко скоротилися, їх довелося реалізовувати у іншому форматі. Усе це негативно позначилося на якості навчання в ДНМУ.

З переходом на онлайн-формат виникло питання контролю залучення студентів на лекціях. Лектори відзначають, що часто через низьку пропускну спроможність каналу зв'язку для покращення якості з'єднання доводиться відключати веб-камери, що дуже порушує робочу атмосферу, дозволяє студентам розслабитися, відволіктися і можливо навіть зайнятися своїми справами, підриваючи дисципліну та ефективність такого навчання. Окрім цього, на очних заняттях було набагато простіше спонукати на відповідь відстаючих, допомогти їм побороти сором при відповіді і відразу ж відповісти на запитання. В онлайн-навчанні для таких випадків зазвичай передбачено загальний чат, проте постійне відволікання на нього вносить свої незручності до навчального процесу, а головне з них – відволікання від лекції.

Складнощі виникли і з оцінюванням знань студентів під час заняття. Більше половини викладачів ДНМУ відзначили, що прийом заліків та іспитів у дистанційному форматі дуже незручний та спрощений; також багато викладачів зіткнулися з падінням якості студентських робіт, перш за все, за рахунок плагіату. Саме тому проблеми дистанційної освіти, що гостро проявилися під час тривалої пандемії, вимагають пошуку можливих шляхів їх вирішення.

Незважаючи на численні труднощі, з якими довелося зіткнутися викладачам і студентам ДНМУ, період пандемії став «лакмусовим папірцем», що виявив проблеми і недоліки онлайн-навчання та дистанційної освіти взагалі. Саме період пандемії поставив перед вищою освітою багато питань щодо: 1) основних показників (соціальних, інституційних, адміністративних) оцінки готовності вишів до переходу в режим он-лайн; 2) відношення учасників освітнього процесу (студентів, викладачів, технічного персоналу) до змін у форматі дистанційного навчання; 3) визначення ступеня впливу на ефективність освітнього процесу вимушеного та термінового переходу на дистанційне навчання; 4) оцінки рівня розвитку ІТ-інфраструктури у кожному окремо взятому виші, його відповідності до рівня вимог для реалізації навчання

в онлайн-форматі; 5) компетенцій викладачів та співробітників у ефективній та стабільній організації навчального процесу; 6) етапів процесу переходу на онлайн-формат, що викликали труднощі у викладачів та студентів; 7) визначення організаційних механізмів, що давали збої; 8) оцінки результатів переходу на дистанційне навчання для студентів, викладачів, технічного персоналу; 9) виявлення причин, що призводять до проблем у досягненні цілей навчання або до негативного зворотного зв'язку від учасників освітнього процесу; 10) визначення проблем, що вимагають першочергового рішення підвищення якості навчання.

Таким чином, період пандемії став своєрідною перевіркою всієї системи дистанційної освіти та виявив ряд її основних недоліків: 1) відсутність рівномірного по всій країні стабільного Інтернет-з'єднання; 2) слабкість інформаційної інфраструктури у багатьох вишах, в тому числі й у ДНМУ; 3) складність швидкої адаптації багатьох дисциплін для викладання в онлайн-форматі; 4) недостатність необхідних технічних навичок для проведення занять у цифровому середовищі у великої частини викладачів; 5) недолік самодисципліни у студентів; 6) складності у визначенні механізмів контролю залучення студентів під час занять тощо.

Тим не менш, завдяки досить болісному виявленню великої кількості проблем дистанційної форми навчання, стало можливим чітко їх побачити, усвідомити та позначити шляхи їх вирішення. Стрімкий та вимушений перехід на дистанційне навчання водночас став новим витком у розвитку такого навчання. Для того, щоб дистанційне навчання стало більш високоякісним, потрібно, на нашу думку, по-перше, зробити онлайн-навчальні заняття інтерактивними, які дозволять ефективніше заохочувати участь студентів. Цього можна досягти, включаючи симулятори клінічних випадків, тренажери віртуальної реальності для навчання пальпації, хірургічним та реанімаційним навичкам та введення пацієнтів-акторів або віртуальних пацієнтів для вдосконалення навичок спілкування та допиту. По-друге, для забезпечення його вдосконалення медичні виші повинні будувати та інвестувати в передові технічні та інфраструктурні ресурси для підтримки цього способу навчання. Це повинно включати розширені комп'ютерні мережі та підготовку викладачів до технологічної універсальності для забезпечення добре організованих, стислих навчальних посібників, ігор, оціночних тестів тощо. По-третє, ми повинні прийняти нашу нову реальність і розглядати це як можливість вдосконалюватись індивідуально. Ефективне управління часом та підтримка запланованого та структурованого плану навчальних занять в Інтернеті та приватних самонавчань мають важливе значення для успішного впровадження дистанційного навчання в медичну освіту.

Отже, стає очевидним, що пандемія та пов'язана з нею самоізоляція запустили глобальну трансформацію системи освіти. Якись виші технічно та методично виявилися готові до цього, а деякі у найкоротші терміни мобілізували всі свої ресурси та розробили нестандартні шляхи вирішення проблем. Частина гуманітарних дисциплін різних освітніх закладів виявилася повністю готова для подальшого остаточного переходу в онлайн-формат, навіть

поза умовами пандемії, що є відмінним результатом і прецедентом для розробки онлайн-програм інших, більше складних дисциплін. Застосування нових технологій змінює не тільки методи і форми процесу навчання, а й саму систему освіти. Будучи сучасним та орієнтованим на студентів підходом, дистанційна освіта успішно проводиться в Донецькому національному медичному університеті й суттєво сприяє сучасним освітнім системам. Ми стаємо свідками та беремо участь у багатогранних та проблемних адаптаційних процесах в освіті, пов'язаних із змінами як форм і методів викладання в нашому ДНМУ, що вимагають нових методологічних рішень, так і свідомості наших викладачів і студентів.

На останок хочеться сказати, що в цю епоху COVID-19 медична освіта, швидше за все, ніколи не буде однаковою, але при відповідному використанні, попри свої обмеження, ці віртуальні інструменти можуть використовуватися як викладачами, так і студентами для досягнення спільної мети щодо забезпечення ефективної медичної освіти щодо підготовки лікарів наступного покоління.

ПРОФІЛАКТИКА ПОРУШЕННЯ АКАДЕМІЧНОЇ ДОБРОЧЕСНОСТІ ЗДОБУВАЧАМИ ВИЩОЇ ОСВІТИ В УМОВАХ ДИСТАНЦІЙНОГО НАВЧАННЯ

*Руда Вікторія Вікторівна, к. іст. наук, доцент,
завідувачка кафедри гуманітарних наук та фізичного виховання,
ДЗ «Луганський державний медичний університет»*

Перше розуміння поняття академічної доброчесності майбутній здобувач вищої освіти отримує ще в навчальному закладі середньої освіти і, як показує досвід, ці знання дуже часто виявляються хибними або недостовірними. Саме тому необхідно більше приділяти уваги дотриманню академічних принципів студентами перших курсів під час навчання.

Феномен академічної нечесності є досить багатограним і набуває різних проявів. Списування, відсутність культури цитування, навичок академічного письма, знецінення оригінальних думок, виконання роботи не з особистого наукового інтересу, демотивація – саме з цим доводиться стикатися викладачам під час занять з першокурсниками. В умовах дистанційного навчання здобувачі освіти урізноманітнили академічну нечесність використанням гаджетів, мобільних пристроїв, створенням різних групових чатів в соціальних мережах для спільного вирішення завдань, підказування відповідей один одному під час онлайн занять та ін.

Вдаючись до списування та академічного плагіату, дуже часто здобувачі освіти просто не розуміють сутності цих явищ, не вважають їх грубими помилками і нехтують порадами викладача. Тому, важливим з точки зору профілактики буде створення атмосфери академічної доброчесності в начальному закладі: розуміння всіма учасниками освітнього процесу, насамперед науково-педагогічними, педагогічними працівниками сутності академічної доброчесності, вимог законодавства і внутрішніх нормативних документів з цих питань, основних видів порушень, зразків правильної поведінки у ситуаціях, які можуть призводити до порушень.

Превентивні, запобіжні заходи мають увійти до кожного заняття і стати обов'язковим елементом навчально-виховного процесу. Залучення студентів до наукових товариств та гуртків кафедр також є дієвим напрямом в процесі подолання академічних порушень. Під час засідань наукових гуртків слід проводити різні заходи, які сприятимуть популяризації принципів академічної доброчесності: тематичні семінари, тренінги, квести, міні-конференції та ін.

Головними моментами у навчанні академічної доброчесності студентів мають стати поняття академічної доброчесності, переваги доброчесної поведінки, деталізовані види та приклади найпоширеніших академічних порушень, способи їх ідентифікації та перевірки, норми законодавства, вимоги внутрішніх нормативних документів університету з питань академічної доброчесності, види академічної відповідальності та процедури розгляду справ про порушення академічної доброчесності, правила академічного письма та методи навчання здобувачів освіти академічному письму в застосуванні до конкретних навчальних дисциплін, створення більше індивідуальних навчальних завдань, виконання яких потребує творчості та оригінальності.

Таким чином, створення дієвої стратегії розвитку академічної доброчесності в університеті та своєчасна профілактика порушень академічної доброчесності студентами призведе до посилення якості освіти і дозволить у майбутньому здобувачу освіти реалізувати себе у навальному процесі та науковому світі.

Список використаних джерел:

1. До питання уникнення проблем і помилок у практиках забезпечення академічної доброчесності. Лист МОН № 1/9-263 від 20.05.20. URL: <https://mon.gov.ua/ua/npa/do-pitannya-uniknennya-problem-i-pomilok-u-praktikahzabezpechennya-akademichnoyi-dobrochesnosti>.

2. Рекомендації щодо забезпечення принципів академічної доброчесності. Підкомісія 303 «Академічна доброчесність» Науково-методичної комісії 15 з організаційно-методичного забезпечення вищої освіти. К.: Міністерство освіти і науки України, 2016. 24 с.

3. Етичний кодекс ученого України. URL: <https://www.znu.edu.ua/etychnyj-kodexuchenogo-Ukrainy.pdf>.

ПРОБЛЕМИ ДИСТАНЦІЙНОЇ ОСВІТИ ПРИ ВИВЧЕННІ ПЕДІАТРІЇ НА 4 КУРСІ МЕДИЧНОГО ФАКУЛЬТЕТУ

Мазур Вікторія Іванівна,

к.мед.н., доцент кафедри факультетської педіатрії,

Запорізький державний медичний університет

В час розвитку цифрових технологій дуже важливо не втратити взаємовідносини між людьми, особливо між пацієнтом та лікарем. На сучасному етапі постійно обговорюється питання якісно нової форми підготовки лікарів з використанням елементів дистанційної освіти. Це передбачає, в першу чергу, підвищення наукового рівня навчання, використання сучасних комп'ютерних технологій, ознайомлення з Європейськими протоколами діагностики та лікування, знання англійської

мови. Рівень освіченості студентів ще не гарантує правильних поглядів на оточуюче середовище, навколишній світ, взаємовідносини між людьми, оцінку своєї ролі в суспільстві та в професії, оцінку місця людини в світі. Контакт з викладачами під час занять, з медичним персоналом під час виробничої практики, спілкування з хворими формують норми моралі кожного студента і пов'язані з ними. Але під час дистанційного навчання багато з цього втрачається, тому що під час пандемії дистанційне навчання триває досить довго. На заняттях співробітники кафедри педіатрії нерозривно поєднують вивчення матеріалу з деонтологічними принципами, етичними нормами, що формує у студента відчуття відповідальності, обов'язку перед хворими дітьми та їхніми батьками. Вирішення завдань за алгоритмами, виконання завдань on-line без контакту з хворою дитиною та її батьками не сприяє розвитку чуйності, спостережливості, співчуття. Відсутність контактів з «реальними» пацієнтами під час занять не допоможе також досягти віри в свої знання. Контакт з «реальним» пацієнтом сприяє процесу самовиховання студента. Робота студентів під час практичного заняття є творчим процесом. Це допомагає розвивати не тільки клінічне мислення, а й моральні та етичні якості. Постійне використання гаджетів призводить до зменшення спілкування, коли можна відчувати переймання співрозмовника, його розгубленість, інші емоції. Дуже важливо показати хворому свою небайдужість, співпереживання.

На практичних заняттях викладачі дають не тільки «сухі» теоретичні викладки та алгоритми, а й приклади з клінічної практики про відносини між пацієнтом та хворим у різних випадках перебігу хвороб. Наводять приклади з практичної діяльності видатних лікарів та вчених про взаємовідносини з хворими, навіть курйозні ситуації, які траплялися в їхньому житті. Дуже важливою частиною навчального процесу є навчання на лікарських помилках: розглядаються клінічні ситуації з аналізом дії лікаря, висновками про можливі негативні наслідки неправильних дій при наданні невідкладної допомоги, призначенні нераціональної антибіотикотерапії. Вдосконалення професійної і моральної підготовки студентів йде через процес спілкування з викладачем та пацієнтом. Під час розвитку цифрових технологій дуже важливо не втратити взаємовідносини між людьми, особливо між студентом та викладачем, між пацієнтом та лікарем. Особливе значення в дистанційній освіті мають алгоритми дій в різних ситуаціях, розроблені електронні схеми, якими керує не тільки викладач, але й студент. Взаємодія викладача і студента завжди передбачає передачу теоретичних і практичних знань. Всі види діяльності студентів, викладача повинні сприяти вирішенню педагогічних завдань. Велику роль відіграє групова робота. Вирішення завдань за алгоритмами, виконання завдань on-line без контакту з реальною хворою дитиною та її батьками досягається завдяки використанню технології «Віртуальний пацієнт». При написанні навчальної історії хвороби студенти можуть опрацьовувати на вибір 7 сценаріїв віртуального пацієнта. Це сприяє розвитку клінічного мислення. Але контакт з «реальним» пацієнтом сприяє процесу самовиховання студента, коли він засвоює основи деонтології разом з одержанням знань, умінь. Викладач повинен не тільки інформаційно навантажувати студентів, а й

осмислювати та обговорювати з ними різні ситуації, роблячи акцент на морально-етичні та деонтологічні проблеми, особливо при дистанційній формі навчання. Цьому допомагають навчальні фільми за темою заняття з відображенням спілкування лікаря та хворої дитини, її батьками. Велике значення має спілкування викладача та студента під час виконання індивідуального завдання, проведення консультацій, коли вирішуються не тільки педагогічні та професійні питання, але й вирішуються психологічні проблеми. Все це відіграє роль в розвитку комунікативних навичок майбутнього лікаря, культурі спілкування, як з хворою дитиною і її батьками, так і між членами студентської групи. Віртуальний пацієнт не вирішує питань живого спілкування з його психологічними проблемами, але допомагає в отриманні професійних навичок.

Висновки.

1. Пріоритет у вихованні, навчанні студента під час дистанційної освіти належить викладачу, а не тільки інформаційним технологіям.

2. Процес медичної освіти повинен орієнтуватися не тільки на отримання професійних знань і навичок, але і на виховання людяності, особливо в умовах дистанційного навчання.

ЗАПОБІГАННЯ АКАДЕМІЧНОЇ НЕДОБРОЧЕСНОСТІ СТУДЕНТІВ В УМОВАХ ДИСТАНЦІЙНОГО НАВЧАННЯ

Скрипникова Яніна Семенівна,

асистент кафедри пропедевтики дитячих хвороб

Товма Анастасія Володимирівна,

к.мед.н., асистент кафедри пропедевтики дитячих хвороб,

Запорізький державний медичний університет

З початком пандемії коронавірусу ми всі вимушені були стрімко перейти на дистанційне навчання. Цей перехід приніс велику кількість викликів як для викладачів вишів, так і для здобувачів вищої освіти. Однією з основних проблем цієї форми навчання є зростання академічної недоброчесності. Нечесні дії студентів мають місце у всіх куточках світу. В дослідженнях закордонних авторів відмічене, що майже 60% студентів виявляли недоброчесність в той чи інший спосіб. Серед головних причин списування студенти називали тиск через невідворотність іспиту, лінь, невміння організовувати свій час, недостатній рівень знань з предмету, доступ до готових матеріалів в інтернеті. Тільки 35% студентів згодні, що академічну недоброчесність можна вважати злочинними діями.

Від самого початку карантину ЗДМУ в терміновому порядку перейшов на дистанційне навчання за допомогою платформи Teams. Розклад лекцій та практичних занять був скорегований, всі види занять проводились дистанційно з повною візуалізацією у синхронному он-лайн режимі на основі MS Teams. Найбільш яскравими проявами академічної недоброчесності, на нашу думку, стали тиражування помилок в письмових роботах студентів, відключення зв'язку під час семінарських занять, запізнення із відправкою тестів та контрольних робіт. Користуючись тим, що в умовах дистанційного навчання

неможливо завадити списуванню та сторонній допомозі, достатня кількість студентів просто копіюють роботи своїх колег або за допомогою «гарячих клавіш» швидко вставляють в письмові роботи величезні шматки із підручників. Під час електронного опитування студентів всіх факультетів ЗДМУ 49% відповіли, що ніколи не порушували академічну доброчесність, 2% порушували багато разів, 27% порушували, але нечасто, 22 % відмовились відповісти на це питання. Тим часом 80% викладачів відповіли про часті зустрічі з академічною недоброчесністю студентів. Серед методів реагування на випадки недоброчесності студентів викладачі назвали усну співбесіду за темою заняття (46,5%), зміну завдання (24,8%), не зарахування виконаної роботи (29,5%) з подальшим відпрацюванням. 52,8% студентів вважають, що для запобігання недоброчесності потрібно створити умови, які зменшують можливості цього явища. З цією метою була збільшена кількість варіантів тестового контролю та завдань для самостійного виконання, час для виконання контрольних завдань був обмежений. Практичні заняття проводяться у вигляді онлайн-дискусії, під час якої студентам пропонується продемонструвати не тільки знання та розуміння матеріалу, але й проаналізувати та застосувати на прикладі клінічних кейсів.

Таким чином, для запобігання академічній недоброчесності студентів під час дистанційного навчання можна запропонувати збільшення кількості варіантів тестових завдань та суворе обмеження часу їх виконання, а також використання нового онлайн-сервісу Insights, інтегрованого до MS Teams для контролю студентів під час занять та при виконанні самостійної роботи.

ДИСТАНЦІЙНЕ НАВЧАННЯ: ПЕРЕВАГИ І НЕДОЛІКИ

*Городкова Юлія Вячеславівна,
PhD, асистент кафедри дитячих хвороб
Курочкін Михайло Юрійович,
доктор медичних наук, професор кафедри дитячих хвороб,
Запорізький державний медичний університет*

У сучасних умовах пошук інформації, швидкість, гнучкість та якість є безперервними та взаємопов'язаними. З огляду на це і здобувачі освіти, і професіонали прагнуть все інтенсивніше спеціалізуватися та адаптуватися до вимог ринку. З іншого боку, коронавірусна пандемія великою мірою сприяє розвитку дистанційного навчання. Так, з 2020 року 98 % університетів світу перевели заняття в он-лайн режим [1], в Україні навесні 2020 року всі навчальні заклади перейшли на дистанційне навчання. Зважаючи на вищенаведені дані, наявна актуальність дослідження особливостей проведення навчання дистанційно.

Мета роботи: проаналізувати можливі переваги та недоліки дистанційного навчання як для студентів, так і для установ-надавачів освітніх послуг на основі даних літератури та власного досвіду.

Матеріали і методи дослідження: джерельною базою дослідження є сукупність соціогуманітарних і філософських текстів, що присвячені особливостям організації та реалізації дистанційного навчання в світі та Україні, а також власний досвід проведення навчання он-лайн у ЗВО на післядипломному

етапі. Рефлексія здійснювалась за допомогою ретроспективного, системного, структурно-функціонального підходів до об'єкта дослідження. З 2020 року на кафедрі дитячих хвороб ЗДМУ викладання навчальних дисциплін з дитячої анестезіології проводилось з використанням сервісу Microsoft Office 365, що містить додатки Teams, Forms та ін. для організації роботи і навчання з використанням сучасних функціональних інструментів. Як доповнення для сповіщення слухачів використовувався також месенджер Viber та електронна пошта G-mail. Для самостійної роботи учні використовували також платформу Moodle. Особи, що навчалися на курсі дитячої анестезіології: лікарі-інтерни першого і другого років навчання, лікарі-слухачі курсів тематичного удосконалення та інших заходів безперервного професійного розвитку.

Результати і обговорення. За даними статті, опублікованої в The Journal (North American journal), дистанційна освіта з'явилася в 1840 році, коли сер Ісак Пітман створив перші заочні курси з використанням стенографії [2, с. 141]. Цей вид освіти поступово демонстрував свою інтенсивно зростаючу актуальність через соціальну значимість, зумовлену гнучкістю методики для тих, хто досі не міг відвідувати навчальні заклади. Опитані особи, що навчалися дистанційно на нашому курсі, виділили наступні переваги он-лайн навчання: гнучкість та мобільність (немає прив'язаності до обов'язкового фізичного місця, що розширює можливості та комфорт), доступність інформації пост-фактум (часто лекції та інший, надаваний матеріал зберігаються/архівуються для використання, повторного перегляду при необхідності), унеможливується ризик передачі інфекцій серед одногрупників, економічна вигода для тих, хто навчається (нижча вартість дистанційних курсів, ніж очних; немає витрат на транспорт та ін.). Однією з переваг для ЗВО можна виділити також той факт, що немає необхідності у фізичному просторі – наявності великих аудиторій. Та недоліків також достатньо багато і вони є значимими: складнощі контролю присутності слухачів, недостатність комунікації (в тому числі зменшується негайний зворотній зв'язок учня і викладача), неможливість відпрацювати практичні навички на симуляційних манекенах та пацієнтах, проблеми з технічним оснащенням та інтернет-зв'язком, що в цілому призводить до зниження ефективності навчання в порівнянні з очним. Однак, найбільш вагомим фактором, що сприяє зниженню ефективності навчання на відстані є недостатня мотивація учнів для отримання знань, а інколи, навіть, і викладачів в процесі навчання.

Висновок: отже, на нашу думку, дистанційне навчання як окрема форма навчання не є стовідсотково ефективною, але використання телекомунікаційних технологій як одного з компонентів процесу придбання нових знань на додаток до очної форми значно потенціює рівень засвоєння нової інформації та полегшує викладання дисциплін.

Список використаних джерел

1. eLearning Statistics. URL: <https://www.thinkimpact.com/elearning-statistics/> (дата звернення: 22.12.21)
2. Santana de Oliveira M. M., Penedo A. S., Pereira V. S. Distance education: advantages and disadvantages of the point of view of education and society. Dialogia. 2018. No 29, P. 139-152.

ПРОБЛЕМА МЕДИЧНОЇ ДИСТАНЦІЙНОЇ ОСВІТИ В УМОВАХ ПАНДЕМІЇ – СУЧАСНІ ОСВІТНІ МОЖЛИВОСТІ ДО ПРОФЕСІЙНОЇ ПІДГОТОВКИ СТУДЕНТІВ З АНГЛОМОВНОЮ ФОРМОЮ НАВЧАННЯ З ФАХУ «АКУШЕРСТВО І ГІНЕКОЛОГІЯ»

*Гайдай Наталія Вікторівна, к.мед.н.,
доцент кафедри акушерства і гінекології,
Ревенько Олександр Моїсейович, к.мед.н.,
асистент кафедри акушерства і гінекології;
Олійник Наталя Сергіївна, к.мед.н.,
асистент кафедри акушерства і гінекології,
Запорізький державний медичний університет*

Розвиток сучасного суспільства, обставини, пов'язані з пандемією у світі, диктують новітні принципи і форми надання освітнього процесу майбутніх лікарів. За критерієм матеріально-технічного оснащення ЗДМУ визнаний одним з найкращих навчальних закладів вищої освіти в Україні [7, с.15]. У зв'язку з обставинами, обумовленими пандемією, в університеті успішно застосовується дистанційне навчання в режимі он-лайн з залученням сервісу MS «Teams». Розроблено і впроваджено положення про проведення форм контролю при організації освітнього процесу за змішаною формою навчання, з повною візуалізацією у синхронному он-лайн режимі. Сервіс «Групи MS Office 365» успішно застосовується для створення академічних груп студентів, на базі якого формується команда сервісу MS «Teams». Назва групи відповідає назві групи в базі даних АСУ ЗДМУ. Модератор кафедри додає акаунти модераторів деканату. Доценти кафедри, що відповідають за навчальний процес, розробляють формат, сценарій проведення практичних занять. Проводиться відбір та рекомендується студентам навчальний матеріал, відеофільми за тематикою практичних занять. База тестів розробляється на кафедрі, зміст затверджується на засіданні кафедри. Після теоретичної частини практичного заняття, студентам пропонується блок тестів за тематикою заняття. Автоматично, після відповіді студентів, дані заносяться в електронний журнал. Модератор вирішує технічні проблеми, які виникли у студента при виконанні завдання за дистанційною формою [2, с. 153-154]. В режимі он-лайн проводиться відробка академічної заборгованості студентами, що дає можливість підтримувати санітарно-епідемічний режим в умовах карантину.

Сучасний науковий медичний світ швидко розвивається, міжнародні стандарти і протоколи крокують в професійне життя українських лікарів. В 2021 році МОЗ затверджені до дії оновлені уніфіковані Протоколи надання допомоги: «Фізіологічні пологи», «Кесарів розтин», «Гіпертензивні розлади у вагітних, роділь і породіль», але медична література так швидко не друкується. Тому, лектори в лекційному матеріалі, на практичних заняттях викладачі знайомлять студентів з сучасними підходами надання медичної допомоги [4]. Професорсько-педагогічним колективом кафедри щороку видаються оновлені навчально-методичні матеріали для викладачів і самостійної роботи студентів. Що орієнтує здобувачів вищої освіти на самостійну творчу роботу, формування клінічного мислення і створює умови для успішного навчання.

Особливістю медичної освіти є поєднання теоретичної та практичної складової навчального процесу, що формує ознаки клінічного мислення, дозволяє обґрунтувати освітньо-кваліфікаційні вимоги до майбутніх лікарів [1]. Велике значення на клінічній кафедрі має ознайомлення студентів і набуття ними базових практичних навичок з дисципліни. На базі університету успішно функціонує міжкафедральний тренінговий центр, до складу якого входить центр акушерства і гінекології, де зібрані найсучасніші розробки і технології, які застосовуються в освітньому процесі з акушерства і гінекології. Фантоми, симулятори дають можливість у режимі «віртуального пацієнта» навчатися збирати анамнез, складати план обстеження, ставити правильний діагноз, допомагати у пологах, проводити хірургічні втручання при невідкладних станах, відпрацьовувати практичні навички з акушерства і гінекології [4]. Звертається увага студентів на актуальність проблеми ранньої діагностики невідкладних станів для своєчасного проведення лікувальних заходів, що у свою чергу, впливає на результат лікування.

Метою організації навчального процесу вищої школи є створення умов для інтенсифікації навчання, формування сучасних базових знань, навичок, розвитку клінічного мислення, командній роботі при наданні допомоги при невідкладних станах, та навичкам міждисциплінарної інтеграції [3]. Майбутній лікар повинен залучатися до сучасних технологій надання та обробки інформації – комп'ютеру. На кафедрі акушерства і гінекології створені і успішно залучені в освітній процес комп'ютерні класи.

Послідовність складових навчального процесу сприяє формуванню клінічного мислення і вдосконалення отриманих знань. Вирішити проблему якісного оволодіння практичними навичками та командної роботи при наданні екстреної домедичної та медичної допомоги дає симуляційне навчання в сучасному міжкафедральному тренінговому центрі університету [5, с.112].

Одним із шляхів поліпшення підготовки студентів з англійською формою навчання є залучення їх до наукової роботи в студентському науковому товаристві, що працює на кафедрі і вже має свої традиції. Багаторічний досвід роботи в студентському науковому товаристві підтверджує, що навички наукового пошуку, робота з медичною літературою, дослідженням і вміння їх оцінити не тільки поглиблює знання з окремої акушерської чи гінекологічної проблеми, а й допомагає клінічно мислити, використовувати отримані результати в майбутній практиці. В сучасних реаліях ця форма роботи не припинена і проходить в он-лайн режимі. Студенти є співавторами друкованих праць, беруть активну участь у конференціях, як в університеті, так і в різних містах України та міжнародних закордонних форумах. У цьому році студенти нашого університету виступали з доповідями на міжнародних студентських зібраннях в Україні та закордонних зібраннях у Польщі та Угорщині, де отримали звання лауреата і були відмічені грамотами.

Добре, коли майбутній лікар своєю творчою працею і, насамперед, безперервним засвоєнням та удосконаленням фахової освіти, підвищує престиж професії і вузу, де отримує якісне базове навчання. Якість отриманих знань підтверджені результатами екзаменаційної зимової сесії з акушерства, коли біля

тисячі студентів п'ятого курсу, що проходили навчання на кафедрі акушерства і гінекології, продемонстрували якісні базові знання з предмету, якісні практичні навички на рівні сімейного лікаря, що характеризує організацію освітнього процесу на кафедрі.

«Найбільш об'єктивний рейтинг серед інших – це бажання іноземних студентів навчатися у тому чи іншому виші. ЗДМУ входить до п'ятірки лідерів серед усіх університетів країни за кількістю іноземних студентів. У нас навчаються в середньому 3-3,2 тисячі студентів із 40 країн світу. Це і є міжнародне визнання», – вважає ректор ЗДМУ професор Юрій Михайлович Колесник [7, с. 15]. Закінчивши навчання в ЗДМУ, іноземні молоді лікарі успішно підтверджують диплом на батьківщині, працюють в практичній медицині або продовжують стажування в якості молодих науковців в провідних наукових центрах світу. Не переривають зв'язки з наставниками, діляться досягненнями, з теплотою згадують роки навчання, студентське затишне містечко університету, наукову бібліотеку, викладачів... Колектив університету під чітким керівництвом ректора, враховуючи виклики часу, створює необхідні умови для успішного навчання, заздалегідь вистроївши чітку раціональну модель навчального процесу, який є сучасним і не переривається.

Список використаних джерел

1. Андрійцев В. Сучасна правнича наука та освіта на шляху до Болонського процесу // Вища школа. 2005. №3. – С.36-54.
2. Гайдай Н.В., Ревенько О.М., Олійник Н.С. Сучасні освітні можливості щодо професійної підготовки студентів з англійською формою навчання з фаху «Акушерство та гінекологія» зі збереженням стандартів вищої освіти в Україні в умовах пандемії // Соціально-етичні та деонтологічні проблеми сучасної медицини (немедичні проблеми в медицині): зб. матеріалів II Всеукр. наук.-практ. конференції, (м. Запоріжжя, 18-19 лютого 2021 р.). – Запоріжжя: ЗДМУ, 2021. – С. 153-157.
3. Закон України «Про вищу освіту».
<https://zakon.rada.gov.ua/laws/card/1556-18>.
4. Закон України «Про професійний розвиток працівників».
<https://zakon.rada.gov.ua/laws/card/4312-17>
5. Симуляційна медицина. Досвід. Здобуття. Перспективи. Запорожан В.М., Тарабрін О.О. Практичний порадник.-Одеса.-2018,-240 с.
6. Положення про акредитацію освітніх програм, за якими здійснюється підготовка здобувачів вищої освіти, затверджене наказом Міністерства освіти і науки України №977 від 11 липня 2019 року, зареєстрований в Міністерстві юстиції України 08 серпня 2019 р. за № 880/33851.
<https://zakon.rada.gov.ua/laws/card/z0880-19>.
7. Шаламова Е. «Місто серед міста» // Новий журнал «Health&Beauty», «Видавничий Дім «Кераміст». Запоріжжя-2021, с.14-19.

ВАЖЛИВІСТЬ СИМУЛЯЦІЙНОГО НАВЧАННЯ СТУДЕНТІВ У ЗДОБУТТІ ПРАКТИЧНИХ НАВИЧОК З ПРОПЕДЕВТИЧНОЇ ПЕДІАТРІЇ В УМОВАХ ПАНДЕМІЇ

*Соляник Олександра Вячеславівна, к.мед.н.,
асистент кафедри пропедевтики дитячих хвороб,
Запорізький державний медичний університет*

Навчання в медичних закладах освіти йде за двома основними напрямками: отримання теоретичних знань та практичних навичок. Для отримання теоретичних знань студенти використовують підручники, лекції, відеоматеріали. Навчання практичним навичкам у постілі хворого та їх удосконалення завжди пов'язане зі складнощами організування в лікувальних установах. Навчання пропедевтичної педіатрії складається з вивчення анатомо-фізіологічних особливостей дітей різного віку, вивчення різних методів клінічного обстеження, що і включає до себе відпрацювання практичних навичок. Дуже важко отримати згоду батьків на бесіду та огляд дитини студентами, а у сучасний час із-за пандемії COVID-19 всі контакти з хворими обмежені, тому на допомогу приходять симуляційні методи навчання.

Симуляція в медичній освіті – сучасна технологія навчання та оцінки практичних навичок, умінь і знань, заснована на реалістичному моделюванні, імітації клінічної ситуації, для цього можуть використовуватися біологічні, механічні, електронні та віртуальні (комп'ютерні) моделі. Отже, перевагами імітаційних технологій є безпека навчання, як для пацієнта, так і для студента, особливо, в умовах пандемії, реалізація індивідуального підходу до навчання, висока засвоюваність матеріалу за короткий проміжок часу.

Для цього і створюються симуляційні центри, навчальні кабінети з практики, в яких практичні навички можуть бути неодноразово повторені, що виробляє впевненість виконання тієї чи іншої дії. Для симуляційного навчання використовуються ігрові методи навчання, а також спеціальні тренажери, симулятори та фантоми. В результаті виграють і викладач, і студент – викладач може не лише пояснювати, а й показувати матеріал, а студент зможе закріпити теоретичні знання з практичними. Це особливо важливо при навчанні пропедевтичної педіатрії, а саме, при вивченні методів клінічного обстеження: огляду, пальпації, перкусії та аускультатії. Для цього і використовуються манекени та тренажери. Важливою частиною пропедевтичної педіатрії є догляд за дітьми, тому різні медичні маніпуляції: внутрішньо венні, внутрішньо крапельні та внутрішньо м'язові ін'єкції, та інші медичні маніпуляції, а також надання першої медичної допомоги добре відпрацьовувати на манекенах та муляжах.

Перевагами навчання на манекенах, тренажерах є: реалістичне навчання без ризику для пацієнта; тривалість навчального процесу не обмежена; об'єктивна оцінка практичних навичок студента.

Тому застосування симуляційного навчання є прийнятним і необхідним напрямом у навчальному процесі в умовах пандемії COVID-19.

«ВІРТУАЛЬНА ОСВІТА» - НОВІ МОЖЛИВОСТІ ЗДОБУТТЯ НОВИХ НАВИЧОК ТА КОМПЕТЕНТНОСТЕЙ В УМОВАХ ПАНДЕМІЇ

*Хіріна Ганна Олександрівна, кандидат історичних наук, доцент,
доцент кафедри філософії та соціології,
Національний фармацевтичний університет*

Третє тисячоліття ознаменувалося величезними змінами у житті та свідомості всього населення нашої планети. Глобалізаційні процеси відкрили нові способи комунікації, сприяли поступовому зникненню меж в освітньому середовищі, що зумовлює нові форми та методи навчання. В наш час підготовка фахівців відбувається як у традиційних формах, так і за допомогою інноваційних технологій навчання. Віртуальне буття сьогодні стало невід'ємною частиною буття багатьох людей, тому не дивно, що і освіта частково переміщується у віртуальний світ. Особливо це стало актуальним в умовах сучасної пандемії COVID-19, в умовах обмеженого доступу до освітнього простору, роботи на дому, нових умов особистого спілкування між людьми, необхідністю здобувати нові навички та компетентності. Тому в нагоді людству стала можливість отримати освіту віртуально.

Віртуальна освіта – це якісно нова форма навчання, яка пов'язує реальний та віртуальний освітні простори. Мета такого типу освіти полягає у розкритті у здобувача освіти творчих здібностей та формування навичок самостійної роботи, створенні комфортного та зручного навчального середовища. Сенсом віртуальної освіти є пристосування форм та методів під потреби та цілі кожної конкретної людини, яка тепер може створити свою власну модель отримання нових знань. Віртуальна освіта створює можливості по створенню якісно нових форм навчальних закладів, що знаходяться поза географічних та просторових меж, та організують індивідуальний віртуальний простір для кожного здобувача освіти. Такий віртуальний індивідуальний навчальний простір ХХІ століття повністю відповідає ідеям давньогрецького філософа Сократа та його формулі «Пізнай самого себе».

Розвитку віртуальної освіти в значній мірі сприяють зростаючі можливості та гнучкість нових інформаційних технологій; зниження вартості; збільшення можливого об'єму знань; необхідне об'єктивно покращання якості навчання; інформаційно насичені послуги.

Але запровадження віртуальної освіти ставить перед людством багато нових питань: віртуальна освіта повинна бути приватною або державною; який повинен бути механізм контролю якості віртуальної освіти; як спілкуватися з умовними освітніми організаціями; в чому полягають переваги й недоліки співпраці з приватним сектором; як покращувати та керувати зв'язком між освітою та економікою; як відзначається вплив можливого політичного тиску на розвиток державної віртуальної освіти та інш.

Віртуальна освіта не може існувати поза сучасних розвинених комп'ютерних мережових технологій, вимагає спеціального програмного забезпечення навчального процесу, використання мультимедійних технологій, передбачає тести як форму контролю знань. Віртуальна освіта повинна забезпечити більшу економічну ефективність, більш раціональне використання

коштів на освіту як з боку здобувача освіти, так і з боку навчального закладу, який надає освітні послуги. Перевагою віртуальної форми освіти є її гнучкість, що створює можливість вчитися у комфортному місці та у зручний час, у власному темпі. Ще однією із ознак віртуальної освіти є її модульність, що дозволяє формувати власний навчальний план, обирати тільки ті навчальні дисципліни, які є необхідними для здобуття нових компетенцій. Змінюється у віртуальній освіті призначення викладача, який тепер більшою мірою є координатором та т'ютором, а не джерелом нової інформації.

При запровадженні віртуальної освіти треба враховувати ризики, що можуть завадити її розвитку, а саме: нерозвиненість мережевого доступу та його різноманітна вартість для різних країн; негнучкість закону про авторські права у багатьох країнах; вартість комп'ютерного програмного забезпечення та розробки навчальних матеріалів; невдосконала система оцінки знань, що не здатна застосовуватись у віртуальній освіті; відсутність у викладачів бажання використовувати нові інформаційні технології, що в значній мірі залежить від зростаючих психолого-педагогічних вимог до навчальних матеріалів і питань комунікації (щодо їх передачі) на відзнаку від існуючих традиційних технологій навчання; відсутність досвіду самостійної освіти у студентів, а саме, визначення стратегії навчання та роботи з навчальними текстами в режимі внутрішнього діалогу.

Віртуальна освіта стала в нагоді під час пандемії COVID-19. Так, українські заклади вищої та середньої освіти були вимушені застосувати методи віртуальної освіти задля збереження освітнього процесу. Щодо шкільних закладів, були залучені такі засоби як Google Classroom, платформа Zoom, месенджери Skyp, Viber, Telegram та ін., що дозволили безупинно продовжувати навчання школярів дистанційно. Перевагою такого навчання було те, що зазвичай учні самі могли організовувати свій темп навчання, та оптимізувати свій розклад. Звичайно, якість оцінювання можна піддати сумнівам, проте тільки так діти могли продовжувати навчання в дуже важкий період. Що стосується вищих навчальних закладів, то тут задіяні такі платформи, як Zoom, Moodle, Microsoft Teams та ін.

Звичайно, ми не можемо узагальнити навчання в період карантину в усіх закладах вищої освіти, проте на прикладі Національного фармацевтичного університету можна скласти певне уявлення про це. Практичні заняття, семінари, лекції проводились на платформі Zoom, викладачі мали контакт зі студентами, та максимально намагались зробити навчання цікавіше та інтерактивніше. У студентів був доступ до всіх навчальних посібників та матеріалів в електронному варіанті для самостійної роботи. Якість оцінювання була на належному рівні. Звичайно, були і недоліки у вигляді технічних проблем з боку студентів та викладачів, хуліганство з боку сторонніх людей, загальнодоступність кодів та паролів до занять та «новизна» такого формату навчання, бо раніше такого в НФаУ не було. Зараз, університет повністю звик до формату віртуального освітнього середовища та поєднує деякі методи зі звичайним навчанням в аудиторіях, що допомагає студентам з опановуванням навчального матеріалу.

ЩОДО МОТИВАЦІЇ СТУДЕНТІВ-МЕДИКІВ, ЯКІ НАВЧАЮТЬСЯ ДИСТАНЦІЙНО В ПЕРІОД ПАНДЕМІЇ

*Підкова Віра Ярославівна, к.мед.н.,
доцент кафедри пропедевтики дитячих хвороб;
Пащенко Ірина Володимирівна, к.мед.н.,
доцент кафедри пропедевтики дитячих хвороб;
Круть Олександра Степанівна, к.мед.н.,
доцент кафедри пропедевтики дитячих хвороб;
Безсмертна Жана Володимирівна,
асистент кафедри пропедевтики дитячих хвороб,
Запорізький державний медичний університет*

Мотивація студентів взагалі являє собою одну з найскладніших педагогічних проблем. Питання мотивації навчання вивчаються й обговорюються в наукових колах у сфері освіти як у вітчизняній науці, так і за кордоном. А мотивація під час дистанційної освіти є ще більш складною, оскільки така освіта викликає в наших студентів почуття ізоляції, розчарування технологіями, обмеження в часі на підготовку через інші обов'язки, що впливає на відношення студентів до підготовки взагалі. Адже традиційна модель вищої освіти зазвичай охоплює студентів і викладачів, що зустрічаються аудиторно, де тісно контактують. В зв'язку з вимушеним переходом на дистанційне навчання в період пандемії, сукупні причини психологічного характеру, які спонукають особистість до дієвої активності – змінилися від зовнішніх умов.

Ми маємо вже дворічний досвід викладання клінічної дисципліни на 3 курсі медичних факультетів в умовах пандемії: 1-й рік – викладання студентам тільки з дистанційною формою навчання (про що вже доповідали на попередній конференції), та 2-й рік – студентам із змішаною формою навчання. Отже, можемо говорити, що мотивація та успішність студентів-медиків багато в чому залежить від правильного врахування викладачами соціально-психологічних і соціально-педагогічних чинників, від можливості аналізувати та своєчасно змінювати підходи та моделі викладання. І саме мотивація студентів вважається вирішальним чинником успіху в середовищі онлайн-навчання для здобування знань самостійно, пробудження в них «смаку» до самовдосконалення, саморозвитку. Так, наприклад, в цьому році для підтримки і підвищення мотивації під час виконання базових тестових завдань ми використали модель, запропоновану американським ученим Джоном Келлером, який виділяє чотири етапи: увагу (attention); значущість (relevance); упевненість (confidence); задоволення (satisfaction). Відповідно до цієї моделі, ми насамперед привертаємо увагу студентів до навчального матеріалу, який використовується на платформі, далі пояснюємо значущість виконуваного завдання і показуємо правильність виконання для додання впевненості. На останньому етапі виконання завдань варто заохочувати студентів шляхом надання інформації про досягнутий результат.

Але, якщо порівнювати студентів, які навчалися дистанційно під час першого року пандемії зі студентами, що знаходились на змішаній формі навчання під час другого року пандемії, то в студентів з дистанційною формою

навчання, незважаючи на мотивацію з боку викладачів, досить часто не вистачало самомотивації до самостійного навчання, сили волі та відповідальності, що призводило до втрати темпу навчання без постійного контролю викладача. Студенти не завжди розуміли, що вони зобов'язані взяти ініціативу у свої руки і закінчити навчання самостійно, без фізичної присутності однокурсників і викладачів. Навчання під час другого року пандемії внесло свої корективи: студенти стали більш пристосованими до вимог сучасності, а після введення змішаної форми навчання – стали більш самомотивованими, активними та організованими.

Отже, питання мотивації, зацікавленості студентів-медиків, що знаходяться на дистанційному навчанні під час пандемії, залишаються актуальними, а роль викладача під час дистанційного навчання залишається важливою, бо не варто залишати успіхи і невдачі студентів без уваги. Тільки за докладання спільних зусиль студентів та викладачів можна досягти бажаного результату в навчанні, а мотивація визначена ключовим чинником розвитку та збереження почуття спільності.

ВПРОВАДЖЕННЯ ЧЕЛЕНДЖІВ ЯК ЗАСОБІВ ЕФЕКТИВНОЇ ВЗАЄМОДІЇ ЗІ ЗДОБУВАЧАМИ ОСВІТИ

*Михайлюк Юлія Ігорівна, викладач-спеціаліст,
Запорізький фаховий медичний коледж
Запорізького державного медичного університету*

Карантинні та протиепідемічні обмеження значною мірою впливають на підготовку фахівців в умовах світової пандемії Covid-19. В даній ситуації викладачі повинні враховувати різні фактори, що впливають на звичайну модель проведення занять.

Соціальна дистанція, обмеження кількості перебування осіб у приміщенні та інші фактори, на які потрібно звертати увагу при формуванні методики проведення занять за умов пандемії. Так ми пропонуємо проводити лекційні (теоретичні) заняття в дистанційній (онлайн) формі з можливістю взаємодії викладача зі студентами для підтримання контакту та контролю відвідуваності та засвоєння теоретичного матеріалу.

Челенджі подобаються молоді, оскільки це модно, вони задовольняють бажання бути публічними та покращують самооцінку. Крім того, такі «естафети» викликають прилив дофаміну (гормону радості) і його учасники бояться показувати «свою слабкість», відмовившись.

Зацікавити здобувачів освіти допомагає інтерактив і залученість (практико-орієнтований підхід), індивідуальна освітня траєкторія, яка враховує інтереси учня й визначає зону найближчого розвитку, безпечно, цікаве розвивальне середовище, зміна ролі вчителя з авторитарної на авторитетну (через зміну практик навчання), розвиток навичок самоорганізації учня – вміння ставити смарт-цілі та дбати про свої емоційний і фізичний стани.

Поєднуючи методичне забезпечення і інформаційні форми навчання, ми створюємо цифровий навчально-методичний комплекс дисципліни, в якому виділяються окремі структурні складові: робочі навчальні програми, тексти

інформації, тестові завдання, презентації лекцій, що реалізуються за допомогою комп'ютера.

Інформаційні технології мають велике значення в удосконаленні професійно-орієнтованого навчання при використанні дистанційного навчання. Згідно Закону України «Про вищу освіту», статті 49: форми навчання у вищих навчальних закладах: очна (денна, вечірня); заочна (дистанційна). Також це питання регламентує Наказ Міністерства освіти і науки України від 25.04.2013 № 466 «Про затвердження Положення про дистанційне навчання» № 660 від 01.06.2013; № 761 від 14.07.2015.

Натомість практичні та лабораторні заняття необхідно проводити в очній формі з розділенням групи на бригади (підгрупи), в залежності від матеріально-технічної бази для дотримання протиепідемічних норм встановлених ВООЗ, МОЗ та іншими контролюючими органами для збереження здоров'я здобувачів освіти. При чому, ми наголошуємо про необхідність проведення очних лабораторних занять для забезпечення якісного засвоєння матеріалу та відпрацювання практичних навичок здобувачами освіти.

За умов пандемії другою важливою умовою є методичне та інформаційне забезпечення і супровід самостійної роботи студентів. Самостійна робота здійснюється в строки, що визначаються календарно-тематичним планом і розкладом занять. При виконанні самостійної роботи студент може консультиватися за допомогою електронної пошти та інших можливих засобів зв'язку.

Варто відмітити, що краще забезпечувати проходження заліків і атестацій в очній формі при співбесіді з викладачем навіть за умов дистанційної освіти. Проте завдяки гнучкому графіку, що обумовлений пандемією та нормами, які постійно змінюються, ми маємо змогу проводити заліки за допомогою програмного забезпечення MS Office 365 та їх сервісів.

Отже, важливим залишається «системність» у питанні підходу до розробки моделі та методики проведення занять з дисципліни для забезпечення комплексності підходу для зберігання балансу між змістом дисципліни відповідно навчальних програм та збереженням здоров'я здобувачів освіти.

ОСОБЛИВОСТІ РОБОТИ СУЧАСНОГО ЛІКАРЯ-ІНТЕРНА

*Доля Руслан Євгенійович, лікар-інтерн,
Запорізький державний медичний університет*

Актуальність: Епідемія COVID-19 продовжується, карантинні заходи, що пов'язані з нею змінили всі сторони життя, у тому числі процес підготовки лікарів-інтернів.

Медичний університет володіє великою інформаційною базою та обладнаний сучасним програмним забезпеченням. На території університету працює сучасна бібліотека. Кафедри надають глибокі теоретично-наукові матеріали для опрацювання тем за курсами. В межах ЗДМУ протікає великий дослідницький процес. Це дає можливість як студентам, так і лікарям-інтернам отримувати якісну теоретичну підготовку.

Але для якісної підготовки лікаря-інтерна потрібна не лише теоретична підготовка, а й практичні навички, які не можливо отримати на «Он-лайні». У результаті, лікарі-інтерни, які закінчили навчання в медичному університеті на дистанційному навчанні, не мають уяви про реальний вигляд хвороб, реальний вигляд медичної документації та тонкощі практики лікаря. У зв'язку з цим, на викладачів навчальної програми лікарів-інтернів лягла велика праця заповнити прогалини знань у цьому напрямку.

У сучасних умовах є тенденція зниження рівня зацікавленості, ініціативності, наполегливості та боротьби за досягнення успіху у молодій людині. Навчання стає процесом симулятивним у певному сенсі, молоді люди, які навчаються ігнорують серйозність даного процесу. А потім звинувачують обставини. Але треба усвідомити, що навчання – це активний процес. Звання «лікар» передбачає навчання протягом всього життя і якість спеціаліста зрештою залежить від кожного окремо. Неможливо втиснути професійну інформацію в незацікавлених людей, які б не були найсучасніші технології і знання.

8. ОСОБЛИВОСТІ ФУНКЦІОНУВАННЯ НАЦІОНАЛЬНОЇ СИСТЕМИ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я В УМОВАХ ПАНДЕМІЇ

ПРОБЛЕМА БОРОТЬБИ З COVID-19 ПІД ЧАС ПЕРШОЇ ХВИЛІ ПАНДЕМІЇ: ПЕРСПЕКТИВИ НА МАЙБУТНЄ

Поцулко Олена Анатоліївна, кандидат історичних наук, доцент,

доцент кафедри мовних та гуманітарних дисциплін №1,

Белякова Марія Станіславівна,

студентка 2 курсу медичного факультету,

Донецький національний медичний університет, м. Лиман, Україна

COVID-19 вплинув на здоров'я всіх: як на пацієнтів, які страждали на цю хворобу, так і на пацієнтів, які не заразилися цим вірусом. Пацієнти, які потребували невідкладної допомоги, стикалися з проблемами у наданні основної медичної допомоги, перш за все, через пізню діагностику, відмову від лікування та перешкоди для безперервності лікування. Саме ці причини сприяли погіршенню здоров'я багатьох людей під час першої хвилі пандемії. Тому ми вважаємо за необхідне, по-перше, підвищити потенціал для боротьби з вірусом і, по-друге, звернути увагу на високу якість допомоги при гострих та хронічних захворюваннях, не пов'язаних із COVID-19.

COVID-19 призвів до відстрочки планових операцій, щоб звільнити людські ресурси та лікарняні ліжка; меншої кількості відвідувань відділень невідкладної допомоги та меншого використання амбулаторних послуг, що торкнулося пацієнтів, які потребують допомоги. Так було, наприклад, не тільки в Україні, а й у Німеччині, Португалії, Франції і багатьох інших країнах. У Франції, наприклад, під час першої хвилі пандемії було відкладено близько 1,1 мільйона хірургічних операцій, а у Великій Британії кількість відвідувань відділень невідкладної допомоги у березні 2020 року була на 29% меншою, ніж у березні 2019 року. В Україні на початку пандемії спостерігалось менше звернень за невідкладною допомогою для людей, які потребують невідкладної допомоги при серцево- та нервово-судинних патологіях. Більше того, дослідження показало, що частота випадків зупинки серця поза лікарнею подвоїлася з 16 березня по 26 квітня 2020 року в порівнянні з аналогічним періодом часу в попередні роки. А в Італії кількість відвідувань педіатричних відділень невідкладної допомоги скоротилася на 73-88% у березні 2020 року порівняно з березнем 2019 та 2018 років.

Крім невідкладної допомоги, значне скорочення використання амбулаторних послуг було зареєстровано як в Україні, так і у деяких країнах, включаючи Бельгію, Францію, Німеччину, Норвегію та Великобританію, незважаючи на збільшення кількості телеконсультацій щодо COVID-19.

Саме через таку складну ситуацію виникла необхідність підвищити стійкість систем охорони здоров'я до поточної пандемії та майбутніх криз в галузі охорони здоров'я.

COVID-19 здійснив величезний і тривалий вплив у Європі та в усьому світі, перевіряючи стійкість систем охорони здоров'я та чинячи величезний

тиск на медичних працівників. Вірус швидко поширився Європою, що призвело до загибелі багатьох людей та вжиття суворих заходів стримування у багатьох країнах у спробі стримати спалах.

Важко надати загальну оцінку заходам, завдяки яким країни світу намагалися хоч якимось зупинити розповсюдження вірусу, враховуючи, що пандемія ще далека від завершення. Проте за перші десять місяців 2020 року дані про COVID-19 та надмірну смертність показують, що найбільше постраждали Бельгія, Італія, Іспанія та Великобританія, за якими йдуть Франція, Нідерланди та Швеція. На відміну від цього більшість країн Центральної, Східної (в тому числі й Україна) та Південно-Східної Європи, а також більшість країн Північної Європи менше постраждали від першої хвилі пандемії. Проте з серпня 2021 року багато країн Центральної та Східної Європи постраждали більше.

Криза в галузі охорони здоров'я також призвела до серйозної економічної кризи, при цьому країни, в тому числі й Україна, які найбільше постраждали від COVID-19, зазвичай зазнають найбільших економічних спадів.

Однак важливо зазначити, що деякі країни були більш сприйнятливими до COVID-19 через внутрішні фактори, які виходять за рамки реакції політиків на вірус. Це, наприклад, країни з населенням більш похилого віку, більшою поширеністю певних факторів ризику, таких як ожиріння, зростання в'їзного і виїзного туризму та міжнародних поїздок, а також більш високою щільністю населення. Крім того, у країн, які вперше постраждали від пандемії, таких як, наприклад, Італія, неминуче було менше часу для вжиття всеосяжних заходів у відповідь політики.

В залежності від розвитку ситуації буде потрібний подальший аналіз, щоб оцінити, які заходи політики спрацювали, а які – ні. Проте аналіз досвіду сучасних країн щодо заходів боротьби з першою хвилею пандемії, надає нові ідеї. Це може допомогти світовим системам охорони здоров'я стати більш стійкими до поточної пандемії та майбутніх криз. Якщо країни будуть готові та зможуть діяти швидко, обмінюватися досвідом в цій сфері, то вони зможуть уникнути дорогих заходів щодо стримування та пом'якшення наслідків пандемії.

Так, під час першої хвилі пандемії, більшість європейських країн щосили намагалися розширити свої можливості тестування. Це обмежувало ефективність зусиль з тестування та відстеження, залишаючи країнам у своєму розпорядженні менше заходів щодо стримування поширення вірусу та вимагало повної ізоляції. У багатьох країнах також не було масок та інших засобів індивідуального захисту на початку спалаху (Україна в цьому сенсі не була винятком). Заглядаючи у майбутнє, країни можуть усунути ці недоліки з відносно невеликими витратами – якщо вони добре підготовлені та діятимуть швидко при виникненні нових спалахів.

Всі розуміють, що для тестування ключове значення мають швидке розширення можливостей тестування, ефективні повідомлення охорони здоров'я та політика скринінгу населення. За межами Європи ці фактори значною мірою пояснюють чудові результати Кореї на ранніх стадіях спалаху з

відносно невеликою кількістю тестів на базі швидкого та цілеспрямованого підходу, який включав новаторські стратегії, такі як проїзні та телефонні центри тестування, а також сильні державно-приватні партнерства. Нова Зеландія – ще один успішний приклад. Щодо Данії, то ця країна повідомила про найбільшу кількість щоденних тестів на ранніх стадіях пандемії. Ісландія також змогла швидко розширити масштаби тестування, її успіх заснований на добровільному зверненні до фахівців та ефективної суспільної інформації, яка спонукала людей виявляти інтерес.

Що стосується поставок предметів першої необхідності медичного призначення, то якісніші закупівлі, накопичення запасів та торгівельна політика можуть покращити доступність цих предметів. Дії на рівні ЄС допомогли підвищити стійкість систем охорони здоров'я за рахунок координації постачання та скорочення вузьких місць.

Хочеться окремо зупинитися на тій категорії населення, яка потребує значно більшої підтримки у системі охорони здоров'я та за її межами. Під час першої хвилі COVID-19 непропорційно сильно вразив літніх людей. Це така категорія населення, яка постійно (через вік і хронічні захворювання) стикається з підвищеним ризиком, тому заходи у відповідь у секторі довгострокового медичного обслуговування повинні були бути швидшими, в той час, коли політика більшості країн, в тому числі й України, часто зосереджувалася саме на лікарнях. А літня людина з COVID-19, яку привозили до лікарні – це вже майже вирок.

Соціальний градієнт смертності від COVID-19 показує, що соціальні детермінанти здоров'я потребують більшої уваги. Принципи загального охоплення послугами охорони здоров'я є ключовою передумовою покращення доступу до медичної допомоги для вразливих груп. Тим не менш, політика також повинна більш конкретно усувати причини для груп, які піддаються більш високому ризику смерті – тому що вони частіше хворіють на хронічні захворювання та мають гірше здоров'я. Вирішення цієї проблеми означає збільшення інвестицій у профілактику, але, що важливіше, це вимагає втручання, що виходить за рамки системи охорони здоров'я, для усунення причин нерівності за допомогою більш ефективної соціальної та економічної політики.

Пацієнтам як з COVID-19, так і не інфікованим цим вірусом, необхідні надійні послуги первинної медико-санітарної допомоги та психічного здоров'я. Хоча основна увага приділяється лікарням, первинна медико-санітарна допомога та служби психічного здоров'я мають вирішальне значення під час кризи та сприяють підвищенню стійкості у довгостроковій перспективі.

Знову ж таки, саме адаптивність є ключем щодо ефективності політики. Так, наприклад, впровадження телеохорони здоров'я набагато ширше допомогло зберегти безперервність надання допомоги пацієнтам, не інфікованим на COVID-19, та стримати поширення вірусу у більшості країн світу.

Нововведення у ролях та обов'язках фахівців первинної медико-санітарної допомоги також мали тривалий потенціал. Поряд із збільшенням обсягу практики для медичних сестер, посиленням ролі фармацевтів та

медичних працівників у громадах, пропонувалися різні практичні засоби підтримки безперервності надання допомоги, коли люди мали менший доступ до лікарів. Наприклад, в Австрії, Франції, Ірландії, Португалії та Іспанії фармацевти мали більше можливостей для продовження рецептів та прописування ліків для людей з хронічними захворюваннями, тим самим допомагаючи пацієнтам продовжувати отримувати необхідні ліки під час кризи.

Політика у сфері психічного здоров'я також має вирішальне значення, особливо з урахуванням зростання соціальної ізоляції після суворої політики стримування. Допомогли більш якісні онлайн-консультації та лінії підтримки телефоном для людей, які страждають на психічні розлади. У майбутньому слід запланувати збільшити доступність послуг із підтримки психічного здоров'я в очікуванні потенційно значного збільшення попиту.

ДОВІРА ЯК ЧИННИК СУСПІЛЬНОГО РОЗВИТКУ УКРАЇНИ В УМОВАХ ПОДОЛАННЯ СОЦІАЛЬНОЇ НЕВИЗНАЧЕНОСТІ ВНАСЛІДОК ПАНДЕМІЇ COVID-19

*Ковтун Наталія Михайлівна, д. філос. н., проф.,
професор кафедри філософії та політології,*

Житомирський державний університет імені Івана Франка,

Ковтун Юрій Васильович, к. філос. н., викладач суспільних дисциплін,

Житомирський міський ліцей № 1

Функціонування будь-якого суспільства неможливе без належного рівня довіри громадян до органів державної влади. Наявність або відсутність соціальної довіри є базовим фактором для розвитку демократичного суспільства. Важко не погодитись з міркуванням С. Білошицького, що ефективне функціонування демократичних режимів навряд чи можливе без високого рівня довіри громадян до інститутів політичної влади [1, с. 56-57]. Соціальна довіра є надзвичайно важливою характеристикою організації суспільства у кризові періоди його розвитку. Саме наявність міжособистісної та інституційної довіри є умовою ефективної взаємодії між громадянами, різними соціальними групами та державними інституціями. Довіра або недовіра до їх діяльності залишається показником рівня соціальної відчуженості та здатності до мобілізації громадянського суспільства.

Згідно з Оксфордським словником, довіра тлумачиться, як віра в те, що хтось / щось є добрим, щирим, чесним і не намагатиметься зашкодити чи обдурити вас [7]. У площині виявлення довіри у соціальній реальності вона завбачує здатність людини покладатися на думку іншої особи чи соціальної спільноти. При цьому об'єкт довіри розглядається як сумлінний, щирий, нездатний до обману і цілеспрямованого введення в оману. Об'єкт довіри розглядається у свідомості суб'єкта як особа або інституція, дії якої будуть передбачуваними, прогнозованими, такими, що відповідають усталеним очікуванням. При цьому в момент виявлення довіри або неможливо зовсім або надто складно перевірити добросовісність об'єкта довіри. У такому розумінні, за твердженням Т. Новаченко, довіра постає особливим душевним станом, що уособлює «суб'єктивну оцінку вірогідності та передбачає формування певної

емоційної установки на здійснення очікуваного» [5, с. 162]. Довіра як душевне переживання і душевний стан постає основою не лише міжособистісних стосунків і соціальної комунікації, а й існування соціуму в цілому. Інституційна довіра між громадянами і державними структурами залишається важливою складовою владних відносин і здатності громадян визнавати владу легітимною та підкорятися їй.

В умовах потужних геополітичних і соціально-економічних викликів сучасності, пов'язаних зі структурною зміною способів виробництва внаслідок автоматизації і діджиталізації усіх його сфер, рівень соціальної довіри визначає ступінь стабільності різних суспільств і державних інституцій. У сучасній українській реальності вже декілька десятиліть простежується надзвичайно низький рівень міжособистісної й інституційної довіри, що дозволило деяким дослідникам говорити про вже сформовану «культуру недовіри» в українців. Вона пояснюється недорозвиненістю громадянського суспільства у нашій державі, невдачею більшості соціально-економічних і політичних реформ в останні десятиліття, збіднінням лівової частки населення, невпинною поляризацією у доходах між різними соціальними групами і, як наслідок, масовою трудовою міграцією з України.

У контексті виявлення довіри / недовіри населення України до офіційної інформації про пандемію Covid-19 громадяни нашої держави перебувають у ситуації невизначеності [8]. Це засвідчують дані опитування Центру Разумкова, здійсненого у жовтні 2021 року. Згідно з ними, лише 18,5 % українців довіряють офіційній інформації про Covid-19 щодо чисельності тих, хто захворів. На противагу їм, 20,9 % опитаних вважають офіційну статистику заниженою, а 23,1 % завищеною. 23 % респондентів відповіли, що взагалі не стежать за такою інформацією, а ще 14,5 % вагалися з відповіддю на це питання [6]. Про невисокий рівень інституційної довіри до системи охорони здоров'я України засвідчують і значні відсотки тих громадян, які захворівши на Covid-19, займалися самолікуванням. Таких громадян, згідно з результатами опитування, було 20,3 %. Для порівняння, з тих, хто захворіли, 15,4 % лікувалися стаціонарно у лікарні, а 63,9 % лікувалися амбулаторно в домашніх умовах під наглядом лікарів [6].

Так само вкрай низькою є довіра громадян до здатності української держави протидіяти загрозам пандемії. Зокрема, 42,4 % респондентів заявили, що українська влада не спроможна протидіяти загрозам пандемії, а 31,7 % опитаних вказують на незначні, обмежені можливості української влади протидіяти пандемії. І лише 14,7 % заявили, що українська влада має змогу повною мірою протидіяти пандемії Covid-19 [6].

Нездатність української влади протидіяти загрозам і викликам пандемії у розумінні громадян України підкріплюється вкрай низькою довірою до державних інституцій, яка лише поглиблюється в останні роки. Найбільшу довіру до державних і суспільних інституцій громадяни України у липні-серпні 2021 року виявляли до Збройних сил (довіряли 68 % опитаних), до волонтерських організацій (64 %), до церкви (63,5 %), до голови міста (селища, села, в якому проживає респондент (57 %), до добровольчих батальйонів

(53,5 %) [4]. При цьому 76 % українців не довіряли державному апарату (чиновникам), 75 % – Верховній Раді, 74 % – судовій системі, 72 % – уряду України, 71 % – прокуратурі, 70 % – Національному антикорупційному бюро, 70 % – Національному агентству з питань запобігання корупції та ін. [4].

Рівень інституційної недовіри в Україні екстраполюється й на ставлення українців до вакцинації проти Covid-19. Так, за результатами опитування КМІС, проведеного у квітні 2021 року лише 43 % українців відповіли, що готові вакцинуватися, а 53 % відповіли, що неготові до цього. Але порівняно з березнем 2021 року ставлення до вакцинації покращилося, адже кількість готових до вакцинації зростає на 10 % з 33 % до 43 % [3]. До того ж 40 % з неготових вакцинуватися зауважили, що «вакцини ще недостатньо перевірені», 33 % – що «не довіряють вакцинам, які зараз є в Україні», 20 % – що «наслідки від вакцини можуть бути гіршими, ніж від ковіду» [3].

За слушним твердженням О. Волянської, і на регіональному і на центральному рівнях української влади існує значний відрив влади від народу. Для порівняння, рівень довіри до інституту влади у 2010 р. був також невисоким. Президентів України довіряли 30,8 %, уряду – 19,6 %, місцевим органам влади – 17,9 % [2, с. 325]. Слід зауважити, що в останні десятиліття рівень довіри, як до місцевих, так і до центральних органів влади України значно поступався за показниками щодо не лише розвинених країн світу, а й щодо тих, які розвиваються. Це пояснюється тим, що державні інститути в Україні не беруть на себе роль щодо перерозподілу доходів на користь лівової частки бідного населення, а ухвалюють рішення, необхідні менше ніж 1,5 % надбагатих громадян держави. Така диференціація продукує загрозу суспільної дезінтеграції і руйнування держави.

Загалом, у періоди значних суспільних трансформацій можливі стихійні, неконтрольовані міжособистісні й громадянські конфлікти, основою яких є втрата міжособистісної й інституційної довіри. У таких суспільствах існує чіткий поділ на ворогів і друзів, чужих і своїх. Критичне падіння інституційної довіри в Україні тісно пов'язане й з неефективною діяльністю державних інституцій в умовах подолання наслідків пандемії Covid-19, різким зниженням ефективності роботи державних інституцій, поширенням корупційної складової у діяльності державних органів та ін.

Список використаних джерел

1. Білошицький С. Криза довіри громадськості до представницьких політичних інститутів. *Політичний менеджмент*. 2009. № 2. С. 56-66

2. Волянська О. В. Тенденції трансформації довіри до соціальних інститутів. *Вісник Національної юридичної академії України імені Ярослава Мудрого*. № 2 (12) 2012. С. 322-328.

3. В Україні хворих на Ковід-19 більше, ніж за офіційною статистикою! Думки населення України щодо проблем пандемії Covid-19: оцінка рівня захворюваності, ризиків інфікування та ставлення до вакцинації. КМІС. 13-15 квітня 2021 року. URL: <https://www.kiis.com.ua/?lang=ukr&cat=reports&page=8> (20.12.2021).

4. Довіра до інститутів суспільства та політиків, електоральні орієнтації громадян України (липень-серпень 2021 р.). Центр Разумкова. 10 серпня 2021. URL: <https://razumkov.org.ua/napriamky/sotsiologichni-doslidzhennia/dovira-do-instytutiv-suspilstva-ta-politykiv-elektoralni-orientatsii-gromadian-ukrainy> (13.12.2021).

5. Новаченко Т. В. Концепт довіри як основа легітимності державної влади. *Інвестиції: практика та досвід*. № 10. 2013. С. 159-163.

6. Ставлення громадян України до питань, пов'язаних з пандемією коронавірусу COVID-19 (жовтень 2021). Центр Разумкова. URL: <https://razumkov.org.ua/napriamky/sotsiologichni-doslidzhennia/stavlennia-gromadian-ukrainy-do-pytan-poviazanykh-z-pandemiieiu-koronavirusu-covid19> (18.01.2022).

7. Oxford Advanced Learner's Dictionary Oxford University Press: 2022. URL: <https://www.oxfordlearnersdictionaries.com/definition/academic/trust1> (20.01.2022).

8. Utiuzh I., Kovtun N., Kapritsyn I., Vitiuk I. Interaction of Religion and Medicine in the Period of Existential Challenges: Ukrainian Context. *Occasional Papers on Religion in Eastern Europe*. 2021. Vol. 41: Iss. 1, Article 6. P. 58-76.

РОЗВИТОК ІНФОРМАЦІЙНОЇ СВІДОМОСТІ СУСПІЛЬСТВА ЯК ПЕРЕДУМОВА ПОДОЛАННЯ ПАНДЕМІЇ

*Комарова Надія Вікторівна,
аспірантка кафедри соціальної філософії та управління,
Бутченко Тарас Іванович, д.філос.н., доцент,
зав. кафедри соціальної філософії та управління,
Запорізький національний університет*

Стрімка інформатизація всіх сфер суспільного життя не оминула і сферу охорони громадського здоров'я, у тому числі, у зв'язку з подоланням пандемії коронавірусу. Впровадження новітніх інформаційних технологій має на меті забезпечити вчасне інформування населення про існуючі загрози та шляхи їх подолання, створити основу для оперативного прийняття управлінських рішень щодо організації протиепідемічних заходів.

Водночас комп'ютерні та телекомунікаційні мережі нерідко виступають каналами розповсюдження хибної інформації, фейкових повідомлень, що створюють психологічне та соціальне напруження, ускладнюють прийняття рішень як на рівні окремої людини, так і держави в цілому. Такий негативний сценарій зумовлюється недостатнім розвитком інформаційної свідомості суспільства, його здатності розпізнавати псевдоінформацію, виступати суб'єктом моральної і юридичної відповідальності в суспільно-інформаційних відносинах. Все це актуалізує завдання з визначення дороговказів розвитку інформаційної свідомості суспільства у контексті подолання пандемії.

На нашу думку, інформаційна свідомість – форма суспільної свідомості. Відзначимо, що під суспільною свідомістю розуміють – «сукупність ідеальних форм (понять, суджень, поглядів, почуттів, ідей, уявлень, теорій), які охоплюють і відображають суспільне буття, все різноманіття суспільних

відносин, вироблених людством у процесі освоєння природи і суспільної історії» [2, с. 189]. Відповідно до цього інформаційну свідомість можна визначити як сукупність уявлень, ідей, понять, концепцій, теорій та ін., в якій відображаються суспільні відносини у зв'язку з відображенням об'єктивної реальності, передачею, сприйняттям та осмисленням результатів цього процесу.

Підкреслимо, що на сучасному етапі розвиток інформаційної свідомості є нерівномірним. З одного боку, швидко збільшується обсяг і глибина наукових знань про інформаційні явища (кібернетика, інформатика, data science та ін.). З іншого – усвідомлення інформаційного виміру буття лишається неповним, зупиняючись на феноменологічному рівні, проявом чого може служити змішування принаймні у масовій свідомості понять «інформація» та «відомості». Як наслідок, можуть розриватися внутрішні зв'язки інформаційної свідомості, а натомість з'являються спотворені технократичні зразки бездумного виробництва, передачі та споживання потоків даних.

Фактично тут руйнується сутнісна основа інформації, розуміння якої закодоване в етимології цього терміну. Нагадаємо, що слово «informatio» складається з префікса «in-» («в-, на-, при-») і дієслова «form» («надаю форму, створюю»), пов'язаного з іменником «forma» («форма»). Італійським словом «informa» у «Божественній комедії» А. Данте позначається сам процес формування, творення [3, 4]. Субстанція інформації у соціальному бутті – активне відношення людини та суспільства до певного повідомлення, спрямоване на відкриття не лише його значення, а і смислів, світоглядно-сміслових зв'язків у контексті буття людини у суспільстві. У такий спосіб реалізується соціальна свобода та суб'єктність, але водночас і відповідальність як здатність визначити природну міру олюднення, окультурення того чи іншого об'єкта, позначуваного певним повідомленням.

У свій час Дж. Нейсбіт звернув увагу на цікавий парадокс сучасного суспільства: «ми тонемо в інформації, але ми відчуваємо голод у знаннях» [1, с. 41]. На нашу думку, тут виражене розуміння закономірного взаємозв'язку між інформацією та знаннями. У контексті нашої теми виявляється, що розвиток інформаційної свідомості суспільства в умовах пандемії вимагає розповсюдження не лише окремих відомостей про ті або інші профілактичні заходи, але і виробництво і передачу і засвоєння комплексу соціально-медичних знань закономірностей протиепідемічної роботи.

Водночас розвиток інформаційної свідомості суспільства як передумови подолання пандемії вимагає активізації внутрішнього рефлексивного ядра цієї форми суспільної свідомості. Йдеться про потребу формування інформаційної самосвідомості соціальних суб'єктів як здатності критично оцінювати власні судження про інформацію, природну та гуманістичну міру інформаційно-сміслової свободи людини. Відтак актуалізується потреба відповідної філософської підготовки для всіх учасників інформаційної діяльності в галузі протиепідемічної роботи: лікарів, представників органів влади та засобів масової інформації.

Список використаних джерел

1. Нейсбит Д. Мегатренды / Д. Нейсбит; пер. с англ. М.Б. Левина. М.: ООО «Издательство АСТ»: ЗАО НПП «Ермак» 2003. 380 с.
2. Основи соціальної філософії: навчальний посібник / за заг. ред. В. І. Воловика. Запоріжжя: Просвіта, 2011. 320 с.
3. Dante Alighieri. La Divina Commedia. Milano: Mondadori, 1966-1967. 217.
4. Данте Алигьери. Божественна Комедія: Чистилище. Львів: Видавництво «Астролябія», 2019. 320 с.

НАЦІОНАЛЬНІ СИСТЕМИ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я ПЕРЕД ВИКЛИКОМ ПАНДЕМІЇ КОРОНАВІРУСУ

*Скворець Володимир Олексійович, доктор філософських наук, доцент,
завідувач кафедри соціології,
Запорізький національний університет*

Практичний досвід двохрічної боротьби держав і народів із пандемією коронавірусу COVID-19 надає вагомі підстави для філософської рефлексії впливу соціокультурних чинників на результативність цієї боротьби. В різних країнах світу велася боротьба за збереження життя і здоров'я людей в умовах пандемії, але результати цієї боротьби виявили великі відмінності в здатності національних систем охорони здоров'я протистояти пандемії COVID-19. Навіть поверховий погляд на статистичні дані, що відбивають тенденції боротьби з пандемією, показує, що в світі чітко виділилася певна група країн, які виявилися найбільш вразливими під ударами пандемії, і є приклади країн, які змогли знайти гідну відповідь на виклики пандемії. Цей досвід протистояння пандемії коронавірусу COVID-19, як успішний, так і трагічний, є надзвичайно цінним для людства. Цей практичний досвід постає підґрунтям для виявлення всіх, як сильних, так і слабких, сторін у національних системах охорони здоров'я. Без цього досвіду неможливо створити сучасну національну систему охорони здоров'я, яка б не лише відповідала потребам сьогодення, але й була б однією із надійних засад формування суспільства майбутнього.

Мета статті полягає в спробі виявити ті властивості, що визначають здатність національних моделей охорони здоров'я протистояти пандемії COVID-19.

Всі національні системи охорони здоров'я зумовлені історичними, економічними, соціальними та політичними чинниками і поділяються на три основні моделі. Бюджетна модель (система Беверіджа), в якій основним джерелом фінансування є держбюджет, а держава здійснює управління системою медичної допомоги. Соціально-страхова модель (система Бісмарка) фінансується не з податків, а із внесків роботодавців та найманих працівників на медичне страхування. Приватна модель охорони здоров'я здійснюється переважно на платній основі, за рахунок приватного страхування або з кармана самого споживача медичних послуг, а головним інструментом забезпечення потреб у медичних послугах є ринок [3]. В ході протидії пандемії COVID-19 виявилася ефективність кожної моделі.

На 28.01.2022 р. ситуація з протистоянням пандемії COVID-19 у світі характеризувалася такими показниками. У всіх країнах світу за весь період від виявлення перших хворих кількість інфікованих досягла 367057164 осіб; смертельних випадків – 5657323; осіб, які одужали, – 290397099; продовжують хворіти – 71002742 осіб. Перший рядок серед країн світу за цими показниками займають США, в яких загальна кількість інфікованих склала 74695333 осіб (20 % від світового рівня); смертельних випадків – 902140 (майже 16 %); осіб, які одужали після хвороби, – 45614212; осіб, які продовжують хворіти – 28178981 (близько 40 %). Друге місце займає Бразилія: загальна кількість інфікованих – 24782922 (6,7 % від світового рівня); смертельних випадків – 625169 (11 %); осіб, які одужали, – 22098157; осіб, які продовжують хворіти – 2059596 (2,8 %). Третє місце посідає Індія: загальна кількість інфікованих склала 40622709 осіб (11% від світового рівня); смертельних випадків – 492356 (8,7 %); осіб, які одужали, – 38024771; осіб, які продовжують хворіти – 2105582 (майже 3,0 %) [2]. Основним показником вразливості суспільства від COVID-19 є смертність.

Статистика протистояння пандемії COVID-19 засвідчує, що з великих країн, із населенням більше 100 млн. осіб, лише Китай знайшов гідну відповідь на виклики пандемії. На 28.01.2022 р. в Китаї загальна кількість інфікованих склала 105875 (0,027 % від світового рівня); смертельних випадків – 4636 (0,08 %); осіб, які одужали, – 98971; осіб, які продовжують хворіти – 2268 (0,003 %) [2]. В багатьох країнах світу постало питання: як китайським лікарям вдалося так швидко впоратися з епідемією? Були спроби звинуватити Китай у тому, що він сам виготовив коронавірус у своїй лабораторії, а тому знав, як від нього лікуватися. Однак, треба згадати, що за останні 100 років світ пережив 10 смертельних епідемій, 7 із яких почалися саме в Китаї, а тому він мав величезний досвід лікування небезпечних інфекцій. Серед факторів успіху Китаю у боротьбі з COVID-19 дослідники називають активне використання китайськими лікарями, поряд із класичними методами лікування, методів традиційної китайської медицини. Ці методи активно використовувалися китайським лікарями для лікування африканців від малярії. За використання цих методів і розробку протималярійного засобу лікування (artemin) китайська лікарка Ту Юю (Tu Youyou) отримала у 2015 р. Нобелівську премію [1, с. 59].

На початок 2020 р. епідемія COVID-19 у Китаї почала швидко набирати оберти, розповсюджуючись на всі провінції та за його межі, досягнувши максимуму 4 лютого (3884 осіб за добу). З цієї дати показники щоденної захворюваності почали неухильно знижуватися. Всього на початок лютого в Китаї заразилося близько 0,001 % населення. Перелому ходу епідемії сприяли введені державою жорсткі обмежувальні заходи, екстрена всезагальна диверсифікація всіх медичних ресурсів, нарощування додаткового медичного персоналу, введення жорсткого інфекційного контролю в лікувально-профілактичних установах, на транспорті, у всіх громадських місцях, а також безпрецедентна соціальна мобілізація населення [4, с. 213].

Боротьба з пандемією COVID-19 у Китаї характеризувалася трьома етапами. Перший етап включав заходи щодо відвернення епідемії та контролю над нею. 9 січня 2020 р. інформація про кластери пандемії була доведена до ВООЗ,

а 20 січня нова коронавірусна інфекція була включена в обов'язковий звіт про інфекційні захворювання класу В: COVID-19 почав піддаватися моніторингу і карантину на транспортних вузлах. Почався перехід від первинного часткового контролю до всебічних заходів контролю. Незабаром уряд КНР вів суворі заходи соціального дистанціювання та обмеження руху людей. На ранній стадії спалаху епідемії основною стратегією було недопущення поширення інфекції з Ухані до інших провінцій. На другому етапі відбулося перезавантаження всієї системи охорони здоров'я: запроваджено безоплатне надання медичної допомоги пацієнтам із COVID-19, суворі заходи інфекційного контролю та багаторівневе відстеження контактів з допомогою ІТ-технологій. 22 січня 2020 р. Національне управління безпеки охорони здоров'я та Міністерство фінансів видали повідомлення, яке гарантує, що медичні видатки всіх пацієнтів, у яких підтверджено COVID-19, будуть субсидіюватися урядом. Пізніше ця політика була поширена на всі підозрілі випадки. Зняття з малозабезпечених верств населення катастрофічних для них медичних видатків усунуло фінансові бар'єри для пацієнтів із підтвердженими та підозрюваними випадками, дозволило їм без затримки звертатися за медичною допомогою. На заключному етапі протидії заходи з єдиним командуванням, висококваліфікованим керівництвом і реалізацією політики, заснованої на наукових даних були зосереджені на досягненні балансу між профілактикою та контролем епідемії і стійким економічним та соціальним розвитком. Усі реалізовані заходи дозволили КНР успішно впоратися з епідемією і 25 березня 2020 р. зняти національний карантин [4, с. 214-219].

Передумовою успішної протидії епідемії COVID-19 в Китаї стали дві фундаментальні соціальні зміни в житті країни. По-перше, на початок ХХІ ст. менше однієї третини населення Китаю мали доступ до медичного страхування, а на 2016 р. медичним страхуванням було охоплено практично 100% населення країни. По-друге, Китай створив найбільшу в світі електронну систему епідеміологічного нагляду в режимі реального часу, що здатна миттєво передавати вичерпну епідеміологічну інформацію [5].

Визначальною передумовою надзвичайної вразливості населення США перед пандемією COVID-19 стала приватна модель охорони здоров'я. США залишаються єдиною промислово розвиненою країною, в якій гарантії держави в галузі медичної допомоги поширюються лише на обмежене коло громадян, а доступ до послуг охорони здоров'я має фрагментарний характер. Особливістю приватної моделі охорони здоров'я є відсутність єдиної системи державного медичного обслуговування [3]. Як бачимо, національні системи охорони здоров'я сформували протилежне відношення громадян до протидії пандемії COVID-19: в Китаї ця боротьба є безпосередньою справою держави і суспільства; в США ця протидія навіть не сприймається як обов'язок держави. Заходи протидії пандемії в США не є адекватними тим загрозам, що породжуються пандемією. Фармацевтичні компанії США розробили кілька типів вакцин, отримують величезні прибутки від збуту, за рівнем вакцинації США не поступаються провідним європейським країнам, але результати протидії пандемії COVID-19 залишаються жалюгідними. Головна причина тих трагічних наслідків для США,

про які засвідчує статистика, полягає в приватній моделі охорони здоров'я, яка орієнтована на заробляння грошей та отримання прибутку, але не здатна перетворити державу і суспільство на реальні суб'єкти протидії пандемії, як це було зроблено в Китаї.

Отже, порівняння моделей охорони здоров'я в США, які виявили найбільшу вразливість від пандемії COVID-19, і в Китаї, який знайшов гідну відповідь на виклик пандемії, дозволяє виявити ті властивості організації охорони здоров'я, що визначають здатність протистояти пандемії. Успіх Китаю в боротьбі з пандемією зумовлений: провідною роллю держави, яка в короткий строк перетворила себе і суспільство в суб'єкти протистояння пандемії; функціонуванням соціально-страхової системи охорони здоров'я, що забезпечує доступ всіх громадян до медичних послуг; використанням у боротьбі з пандемією як класичних методів лікування, так і традиційної китайської медицини; введенням безоплатної діагностики і лікування хворих на COVID-19 за рахунок держави, що забезпечило доступ для всіх громадян, особливо з малозабезпечених верств населення, до заходів з лікування та профілактики захворювань на COVID-19; формуванням адекватного загрозам відношення, культури (соціальна мобілізація, ІТ-технології, соціальні мережі) та поведінки громадян. Трагічні наслідки протистояння США пандемії зумовлені такими чинниками: приватна модель охорони здоров'я; відсутність єдиної національної системи охорони здоров'я; домінування звичного підходу, за якого вирішення всіх соціальних проблем здійснюється шляхом комерціалізації, гонитви за прибутками і надприбутками (фармакологічні кампанії, приватні медичні заклади, приватні лікарі), не забезпечує успіху в протистоянні з пандемією; відсутність у США суспільно-політичних сил, здатних перетворити власну державу і суспільство в суб'єкти боротьби з пандемією COVID-19.

Список використаних джерел

1. Дейч Т.Л. Китай и Африка в борьбе с COVID-19. *Контуры глобальных трансформаций: политика, экономика, право*. 2020. № 5. Т. 13. С. 57-72. URL: <https://doi.org/10.23932/2542-0240-2020-13-5-4>
2. Заражение коронавирусом по разным странам на 28.01.2022. URL: <https://index.minfin.com.ua/reference/coronavirus/geography/>
3. Максимова Л.В., Омеляновский В.В. Сура М.В. Анализ систем здравоохранения ведущих зарубежных стран. *Медицинские технологии*. 2014. № 1. С. 37-45. URL: http://mt-choice.ru/docs/articles/mt_15_2014-1_37-45.pdf
4. Семенов А.В., Пшеничная Н.Ю. Рожденная в Ухане: уроки эпидемии COVID-19 в Китае. *Инфекция и иммунитет*. 2020, Т. 10, № 2, с. 210–220. URL: <https://doi.org/10.15789/2220-7619-BIW-1453>
5. Чен М. Растущий вклад Китая в здравоохранение внутри страны и на мировой арене. URL: <https://www.who.int/dg/speeches/2016/china-contribution-health/ru/>

ПАТЕРНАЛІЗМ ЯК ОСНОВА ДЕРЖАВНОЇ ПОЛІТИКИ КНР У ПЛОЩИНІ ПОДОЛАННЯ НАСЛІДКІВ ПАНДЕМІЇ COVID-19

*Ковтун Наталія Михайлівна, д. філос. н., проф.,
професор кафедри філософії та політології,
Заліщук Олександр Петрович, магістрант історичного факультету,
Житомирський державний університет імені Івана Франка*

В умовах загострення соціальних і економічних викликів спричинених карантинними заходами внаслідок пандемії COVID-19 надзвичайно актуальним залишається аналіз досвіду окремих країн. У зв'язку з цим цікавим залишається співставлення досвіду карантинних заходів КНР з конфуціанськими засадами організації її державного урядування. Нагадаємо, що у китайській традиції на протязі багатьох століть будь-яка людина, яка претендувала на статус освіченої, мала бути ознайомлена з висловлюваннями і думками Конфуція, викладеними у канонічному тексті «Лун юй». Якщо говорити про феномен держави, то у тексті «Лун юй» відсутній спеціальний розділ, присвячений державному устрою, а тому маємо звернутися до думок Конфуція, пов'язаних з вченням про природу людини, соціальну організацію і принципи управління людьми.

Патерналістські тенденції і пошанування батька (правителя) у конфуціанській традиції обґрунтовується через пошанування правил. Зокрема Конфуцій, відповідаючи на запитання про сутність пошани сина до батька відповів, що син, насамперед, має «Не порушувати Правила» («Лун юй», II, 5) [2, с. 161]. Конфуціанська традиція виходить з ідеї, що управління людьми і державою є одним з найскладніших завдань для «благородного мужа», а відтак, державне управління має виходити, згідно з Конфуцієм, з жорсткого слідування суспільним правилам і нормам. Правитель має показувати своїм підданим приклад щодо виконання правил: «Якщо верхи люблять Правила, то народ легко використовувати» («Лун юй», XIV, 41) [2, с. 215].

У наступні століття пошанування образу батька та пошанування старшого покоління в цілому було перенесене на організацію державних структур і суспільства в цілому. Обґрунтовуючи розуміння правителя як «благородного мужа» Конфуцій, добре усвідомлював, що представники родової аристократії навряд чи будуть автоматично слідувати конфуціанськими принципам і відповідати його характеристикам. А тому пропонував допускати до державного управління лише людей, здатних навчатися і свідомо слідувати Правилам. «Не вивчивши Правила, не зможеш утвердитись» («Лун юй», XVI, 13) [2, с. 223]. Правитель не просто має слідувати правилам, він має всіляко уникати ситуацій, в яких можна зіштовхнутись з протиправною поведінкою. У зв'язку з цим Конфуцій стверджував, що «Не можна дивися і на те, що не відповідає Правилам; не можна слухати те, що не відповідає Правилам; не можна говорити те, що не відповідає Правилам» («Лун юй», XII, 1) [2, с. 200].

Подібні світоглядні позиції беззастережного слідування правилам і законам співвідносяться у сучасному китайському суспільстві з високим рівнем законослухняності громадян у процесі вакцинації від Covid-19. Згідно з даними Міністерства фінансів України на 24 січня 2022 року, Китай входив до країн з

найбільшим відсотком повністю вакцинованого населення від Covid-19. У цій країні двома дозами було вакциновано 85 % населення. Для порівняння, до країн з найвищим рівнем вакцинації двома дозами вакцини належали: ОАЕ – 92 %, Португалія – 90 %, Південна Корея – 87 %, Японія – 79 %, Канада – 77 % та ін. [3]. За інформацією Укрінформу понад 1,26 млрд жителів Китаю (майже 90 % населення країни) на січень 2022 року вже зробили щеплення проти коронавірусної інфекції. Про це заявив представник Державного комітету у справах охорони здоров'я Китаю Хе Цінхуа. Водночас повністю завершили вакцинацію понад 1,22 млрд. населення держави [5]. Водночас чиновник настійливо наголошував на необхідності дотримання в Китаї соціальної дистанції, маскового режиму та провітрювання приміщень.

Ще на початку пандемії Covid-19 у Китаї, за твердженням Радіо Свобода, була введена безпрецедентна система обліку та контролю населення. Це пов'язане з системою внутрішніх паспортів з пропискою, соціальних кредитів, найщільнішою у світі системою відеоспостереження. Усе це за короткий термін дозволило закрити на жорсткий карантин 60 млн. населення провінції Хубей, і накласти суворі обмеження на 760 млн. людей, що становило майже половину населення країни [6]. За визнанням міжнародних організацій на протязі кількох тижнів Китай зупинив поширення Covid-19 за межами провінції Хубей. У випадку, якщо виявляли хворобу в людини з якогось мікрорайону, то увесь цей район (десятки тридцятиповерхових будинків) зачиняли на жорсткий карантин, а за свідоме його порушення була введена кримінальна відповідальність.

При цьому міжнародні організації критикують Китай за надто агресивний карантин та ізоляцію, примусове стеження та використання новітніх технологій на кшталт (big data) та програм щодо розпізнавання облич порушників карантину. Це призвело у деяких випадках до надмірного насильства і жертв. Так, за даними правозахисної організації Human Rights Watch до списку ненавмисних жертв потрапив хлопчик з інвалідністю, який помер через недбалість чиновників після того, як його родичів примусово забрали на карантин [4].

Патерналістські тенденції простежуються не лише у контексті організації карантинних заходів у КНР. Китайський уряд активно втручається в нівеляцію негативних наслідків пандемії Covid-19 у сфері економіки і соціального захисту. При цьому у порівнянні з іншими країнами заходи китайського уряду є одними з найбільш протекціоністських. Зокрема згідно з рішеннями Держради КНР, здійсненими на основі пропозицій Міністерства Комерції та Податкової адміністрації, у країні були підвищені ставки повернення податків на експорт окремих видів товарів, продовжено до 2023 року для малих і середніх підприємств податкових пільг, активізовано сприяння протекціоністським заходам щодо отримання китайськими компаніями закордонних замовлень та ін. Окрім цього, за даними Міністерства трудових ресурсів та соціального забезпечення КНР 3,2 млн. китайських підприємств отримали державну допомогу у розмірі 6 млрд доларів США [1]. Протекціоністські заходи китайської влади у формі податкових пільг, цілеспрямованої політики щодо створення нових робочих місць, прямої підтримки підприємств мають доволі

високий ступінь ефективності через оперативну роботу правоохоронних органів, високий рівень правової і трудової дисципліни населення, жорсткі нормативні акти і законодавство країни.

Список використаних джерел

1. Інформація щодо заходів, які вживаються країнами світу для протидії пандемії Covid-19 та для подолання негативних соціально-економічних наслідків. URL: https://epo.org.ua/wp-content/uploads/2020/05/about_covid.pdf (26.01.2022).

2. Конфуцианское «Четверокнижие» («Сы шу»). Пер. с кит. и коммент. А. И. Кобзева, А. Е. Лукьянова, Л. С. Переломова, П. С. Попова и др. В. М. Майорова; Вступ, ст. Л. С. Переломова. М.: Восточная литература, 2004. 431 с.

3. Статистика вакцинації від коронавірусу (Covid-19). URL: <https://index.minfin.com.ua/ua/reference/coronavirus/vaccination/> (12.01.2022).

4. Чи справді Китай подолав кризу з корона вірусом? Радіо Свобода. 24 березня 2020. URL: <https://www.radiosvoboda.org/a/chy-kutaj-podolav-kryzu-z-koronavirusom/30506366.html> (14.01.2022).

5. Щеплення проти коронавірусу зробили майже 90 % жителів Китаю. Укрінформ. 16.01.2022. URL: <https://www.ukrinform.ua/rubric-world/3385788-seplenna-proti-koronavirusu-zrobili-majze-90-ziteliv-kitau.html> (25.01.2022).

6. Як Китай практично зупинив поширення коронавірусу: від замовчування до тотального контролю. Радіо Свобода. URL: <https://www.radiosvoboda.org/a/30495542.html> (14.01.2022).

9. МАЙБУТНЄ МЕДИЦИНИ: СОЦІАЛЬНО-ФІЛОСОФСЬКЕ ПРОГНОЗУВАННЯ

НАРИСИ ВІЗІЇ МАЙБУТНЬОГО МЕДИЦИНИ

*Лепський Максим Анатолійович, д.філос.н., проф.,
професор кафедри соціології,
Запорізький національний університет*

Реформування сучасної медичної сфери має відповідати транзитивним змінам суспільства у вирішенні завдань майбутнього. Натомість, сьогоденні реформи у медицині відповідають не візії майбутнього, а існуючим системам, які є радше рухом прагнення до майбутнього. Тому відбувається запізнення української медицини у тяжінні до сучасних зразків держав – геополітичних лідерів, що можуть нав'язувати свої зразки геополітично слабким державам у прагненні до масштабування власного впливу.

Водночас відбувається зміна ролі держави у формуванні медичної сфери як системи відтворення здоров'я суспільства.

Значення медичної освіти у суспільстві визначається власне виконанням функцій профілактики, лікування як відновлення та реабілітації після захворювань. Разом з тим, призначення медицини визначено роллю медичної сфери як сфери безпеки та відтворення суспільства у діяльності центрального інституту цілісності – держави. При спотворенні основних функцій держави медична сфера сприймається не як основна сфера безпеки держави та відтворення суспільства, а як витратна сфера у бюджеті держави.

Це призводить до спроб компенсації статусу знеціненої сфери за допомогою громадянського суспільства, переведення медичної сфери в медичні бізнесові послуги або криміналізацію цієї сфери. У центрі уваги державного «двигуна» розвитку медичної науки й освіти є виконання функцій медичної сфери як майбутнього відтворення суспільства та за рахунок цього створення державного статусу медицини (держави з модерною та інноваційною медициною, здатною лікувати більшість складних захворювань). Серед напрямків діяльності громадянського суспільства є задоволення не суспільних інтересів, а вирішення індивідуальних проблем – благодійництво, милосердя та пожертвування. У бізнесі «двигуном» є отримання прибутку за допомогою вирішення медичних проблем, медичні послуги стають лише засобом отримання прибутку. За умов невиконання державою своїх функцій висока вірогідність криміналізації медичної сфери, що демонстрували системи антидержавної криміналізованої злочинності.

Майбутнє медицини багато в чому визначається рішенням суспільства питання про роль медичної сфери у його майбутньому. На наш погляд, потрібне таке реформування, що має на меті створення державної розвинутої системи медичних послуг, але високо вірогідними залишаються домінування бізнесової моделі (з інерційним погіршенням системи освіти та науки) та криміналізованої медицини з переважною частиною «тіньових» офіційно та соціально несхвальних послуг.

Іншою тенденцією, що визначає долю медичної сфери у нашій державі, є доля інститутів освіти, науки, системи боротьби з надзвичайними ситуаціями та силовими органами та іншими суспільними інститутами. Сучасні тенденції свідчать про поступове формування локусів розвинутої медицини під фінансово спроможні прошарки населення (пріоритет серед яких мають закордонні центри розвитку медицини) або розвиток медицини під окремі структури. Прикладом є не лише транснаціональні корпорації, а й силові структури, для яких якісна медицина є чинником їх функціонування. Вже зараз під структури розвідки та структури спецпризначень формуються свої освітньо-наукові та лікарсько-реабілітаційні установи.

Саме така фрагментація медичних функцій визначає й точки розвитку медицини майбутнього.

Формування суспільства споживання, шоутизації та гіперреальності формує особливий підхід до авторитету докторів. У суспільстві віртуального світу, розваг та бізнесу все частіше славнозвісність лікарів пов'язана не з їх авторитетом у суспільстві як високопрофесіональних фахівців, а у представленості їх у соціальних мережах, засобах масової інформації тощо.

Розвиток інформаційних технологій, дистанційних систем освіти, консультування, систем віртуальних та добутованих технологій (VR та AR технологій), роботизація будуть формувати нові системи лікар-техніка-пацієнт. Саме у цій – технологічній – сфері відбувається більшість інновацій у медицині.

Важливою тенденцією формування медицини майбутнього є тиск правової сфери та громадянського суспільства на інститут медицини. Саме тому часто медичні протоколи лікування (як, наприклад, у Німеччині) більше є чинником захисту лікаря та лікарської установи, а лише у другу чергу засобом ефективного лікування.

Як і раніше жодна інформаційна система не може бути без живого професійного клінічного мислення лікаря та лікарського співтовариства. Саме тому будуть зростати системи хедхантерства – задля роботи в організації запрошення як «полювання» за найкращими лікарями, викладачами та науковцями, особливо «закритими» локалізованими системами спеціальної, військової та медицини надзвичайних ситуацій.

У переході від середньовіччя до Нового часу медична наука та нові форми медичної освіти переміщувалися зі схоластичних університетів до професійних спільнот, товариств, академій наук, а потім повернулися до університетів. Сьогодні у цивілізаційному фазовому переході боротьба за науку та освіту є чинником майбутнього як медицини, так і суспільства.

ПАРТИСИПАТИВНІСТЬ ПАЦІЄНТА VIA АКТИВНА НЕДОВІРА: СОЦІАЛЬНО-ФІЛОСОФСЬКИЙ ПОГЛЯД

Сазанович Лариса Вікторівна, к.філол.н., доцент кафедри іноземних мов,
Запорізький державний медичний університет

Проблема довіри є однією з ключових у сучасному соціумі. Наявність або відсутність довіри може об'єднувати, або, навпаки, дезінтегрувати учасників комунікації. Довіра – це також показник дієвості та ефективності соціального інституту охорони здоров'я. Актуальність теми зумовлена парадигмальними змінами у медицині, зокрема у відносинах лікар – пацієнт, в яких патернальна традиція поступається місцем новітнім формам взаємодії. Метою пропонованого дослідження є виявлення місця активної недовіри.

Парадигма медицини у ХХІ столітті трактується як “сукупність прийнятих суспільством і професійною спільнотою знань і методологічних підходів до розв'язання проблем здоров'я, здорового способу життя, добробуту і досягнення мети в галузі сталого розвитку суспільства” [1, с.7].

В той час як сучасна клінічна медицини все більше залучує пацієнта до процесу власного лікування [3], пацієнт розглядається вже не як об'єкт застосування медичних знань та технологій, а як активний суб'єкт власного лікування. “4П Медицина” визнається як дієва можливість змінити парадигму охорони здоров'я [1; 3]. Всі чотири складові новітнього підходу зорієнтовані на отримання максимально ефекту від лікування. При цьому ефективність діяльності медичних працівників (прогноз + профілактика) значною мірою залежить від індивідуальної залученості пацієнта (персоналізація + партисипативність). Співучасть як “рівень включеності, залученості у що-небудь, зацікавленості в чому-небудь” [2], реалізується в тому числі і як недовіра.

Не зважаючи на те, що феномен соціальної недовіри здебільшого асоціюється відмовою від взаємодії, сучасні наукові дослідження доводять інше. На цей момент вже можна говорити про існування якнайменше двох підходів до розуміння феномену недовіри: як реакція та відсутність довіри в працях класиків соціальної філософії та як явище особливого роду (*sui generis*) і дія в термінах антропології недовіри. В антропології недовіри акцентується той факт, що недовіра не дорівнює відсутності довіри: вона не є лише зворотною стороною довіри, проте визначається власними якостями і може давати людям певні можливості [4]. Також висувається теза, що недовіра може проявляти себе активною дією [8, с.1].

Зазначені підходи зовсім не виключають, а навпаки, доповнюють один інший: початкова спонтанна реакція недовіри породжує усвідомлену активну дію. Саме остання і є, на наш погляд, одним із проявів партисипативності пацієнта.

На думку Мюльфреда: «Недовіра – це не тільки розумна реакція на викриття, а й перший крок до критичної (...) активності» [7, с.20]. В реаліях повсякденного життя йдеться про нові пацієнтські стратегії активної недовіри (по аналогії до “активної довіри” – [5, с.14], коли пацієнти намагаються критично осмислити власні медичні проблеми.

Треба зазначити, що далеко не завжди критичне втручання пацієнта в процес лікування зустрічає розуміння зі сторони лікаря. В умовах патерналістської медицини, пацієнта було позбавлено права голосу, існувало незаперечне правило: лікар завжди прав. Канадський філософ і соціолог Артур Франк іде далі і називає такий тип відносин “медичною колонізацією”: медицина “претендує на тіло пацієнта як на свою територію, при найми, на період лікування”. Франк продовжує, що “постколоніалізм в медицині” полягає у тому, що люди мають позбавитися медичної колонізації і отримати можливість говорити за себе, мати власний голос щодо власної хвороби [6, с. 7-11].

Таким чином, ефективність лікування, залежить не тільки від сучасних медичних технологій і професіоналізму лікаря, а й від партисипативності пацієнта, однією із форм якої можна вважати критичну залученість пацієнта до процесу лікування. Активна недовіра інтегрує лікаря та пацієнта в одну команду і надає стабільності комунікації, де кожен з учасників має рівнозначне право голосу і несе рівну відповідальність за результат. Визнання лікарем права пацієнта на активну недовіру є формою “переорієнтації довіри”, мостом від патерналізму до партнерства, партисипативності з обох боків.

Список використаних джерел

1. Спиця Н.В. Медицина та філософія: методологічний синтез реалізації нової парадигми “4P” / Н.В. Спиця, І.Г. Утюж // Збірник матеріалів ІІ Всеукраїнської науково-практичної конференції «Соціально-етичні та деонтологічні проблеми сучасної медицини (немедичні проблеми в медицині)» (20–21 лютого 2020). Запоріжжя : ЗДМУ. – С. 7–8.

2. Партисипативність // Словник УА. Портал української мови та культури [Електроний ресурс]. – Режим доступу: <https://slovnuk.ua/index.php?sword=%D0%BF%D0%B0%D1%80%D1%82%D0%B8%D1%81%D0%B8%D0%BF%D0%B0%D1%82%D0%B8%D0%B2%D0%BD%D1%96%D1%81%D1%82%D1%8C>

3. Baiardini I. Chapter 21 – The Patient-Centered Decision System as per the 4Ps of Precision Medicine / Ilaria Baiardini, Enrico Heffler // Implementing Precision Medicine in Best Practices of Chronic Airway Diseases. – Academic Press: 2019. – P. 147–151.

4. Carey M. Mistrust. An Ethnographic Theory [Електроний ресурс]. – Chicago: The University of Chicago Press, 2017. – Режим доступу: <https://press.uchicago.edu/ucp/books/author/C/M/au20552055.html>

5. Giddens A. The Consequences of Modernity. – Stanford : Stanford University Press, 1990. – 188 p.

6. Frank A. W. The Wounded Storyteller: body, illness and ethics. – Chicago and London : The University of Chicago Press, 2013. – 2nd edition. – 280 p.

7. Mistrust: Ethnographic Approximations (Culture and Social Practice) / Florian Mühlfried (ed). – Bielefeld : transcript Verlag, 2019. – 250p.

8. Mühlfried F. Mistrust. A Global Perspective. – Palgrave Pivot, Cham, MacMillan, 2019. – 111p.

МЕДИЦИНА МАЙБУТНЬОГО У КОНТЕКСТІ ФІЛОСОФСЬКОГО ОСМИСЛЕННЯ

*Нікітенко Віталіна Олександрівна, д. філос. н.,
доцент кафедри менеджменту організацій та управління проектами,
Інженерний навчально-науковий інститут ім. Ю.М.Потебні
Запорізького національного університету*
*Воронкова Валентина Григорівна, д. філос. н., професор,
в.о. зав. кафедри менеджменту організацій та управління проектами,
Інженерний навчально-науковий інститут ім.Ю.М.Потебні
Запорізького національного університету,*
*Олексенко Роман Іванович, д. філос. н., професор,
завідувач кафедри публічного управління та права,
Таврійський державний агротехнологічний університет
імені Дмитра Моторного*

Звертаємо увагу на розвиток медицини майбутнього у контексті філософського осмислення, в основі якого клітинна медицина, поняття якої з'явилося у 1990-ті роки після відкриття стовбурових клітин, які планувалося використовувати в боротьбі проти хвороб. Наразі цей план передбачає використання й інших типів клітин, а не лише стовбурових, але суть їх залишається незмінною. Пацієнту імплантують живі клітини, які тією чи іншою мірою впливають на різні функції організму: вирощують волосся, омолоджують тканини, вбивають рак, відновляють пошкоджені ділянки серця, лікують автоімунні захворювання, збільшують м'язову масу. До того ж людська плацента містить значний запас стовбурових клітин, які можна перетворити на ліки, використовувати їх без жодних морально-етичних компромісів. У процесі цієї роботи лікарі зробили ще два важливих відкриття.

По-перше, коли люди старішають, їхній запас стовбурових клітин різко скорочується і цей процес називається «стовбуровим виснаженням».

По-друге, плацента містить не лише стовбурові, але й імунні клітини, такі як природні клітини-вбивці та Т-лімфоцити. Як одні, так і інші критично необхідні для боротьби з раком, доки можуть розпізнавати загрозу. Як правило, наша імунна система знищує ракові клітини на ранніх стадіях розвитку.

Однак із віком рак може накопичуватися, так як організм пропускає деякі клітини, що й тягне за собою небезпечні наслідки. Щоб урятувати ситуацію, вчені винайшли метод лікування, відомий як CAR-T, тобто імунотерапія з використанням Т-лімфоцитів із химерними антигенними рецепторами. Білі кров'яні клітини пацієнта збирають і відокремлюють Т-лімфоцити, які потім генетично переналаштовують боротись із конкретними раковими клітинами. Ці перепрограмовані лімфоцити вводять в організм пацієнта, де вони стають такими собі «протираковими ракетами з тепловим наведенням» [1, с.170].

На жаль, це «задоволення не з дешевих». У 2017 році, коли метод лікування за допомогою CAR-T лише з'явився, ціна процедури становила пів мільярда доларів [1, с.170]. Оскільки клітини кожного пацієнта треба «заряджати» індивідуально, то постало питання, як виробляти ліки масово. У 2018 році корпорація Celgene створила свій медичний підрозділ,

використовуючи імунні клітини з плаценти і створила універсальну версію препарату. Замість того щоб шукати індивідуальний підхід, компанія могла швидко виготовляти CAR-T у великих кількостях, щоб пацієнти отримували ліки вже за кілька годин після визначення діагнозу. Крім цього, вчені винайшли, як озброїти плацентарні природні клітини-вбивці (PNK), генетично перетворивши їх на CAR-NK та посилити їх здатність помічати пухлини. Як і клітини CAR-T, клітини CAR-NK теж можна перетворити на універсальні ліки, доступні для широкому загалу. 90% спроб розробок препаратів зазнають краху, а тим, яким пощастило, потрібно у середньому ще 10 років і від 2,5 до 12 млрд. доларів, щоб вийти на ринок.

Продовживши тривалість здорового людського життя, ми суттєво пришвидшимо темпи змін у нашому світі. *Вчені виділяють дев'ять причин внутрішнього занепаду (апокаліпсису), що приводить до старіння організму, який є запрограмованим процесом.*

1. *Нестабільність геному* задає нам шкоди та скорочує тривалість життя, так як неправильні геноми «друкують» хвороби на зразок раку.

2. *Скорочення теломер.* У середині клітини ДНК формує ниткоподібні с структури, що зветься хромосомами. На певній стадії клітина перестає ділитись і ми стаємо менш захищеними від хвороб.

3. *Епігенетичні зміни.* Протягом життя довколишні фактор впливають на наші гени і іноді не найкращим чином.

Скажімо, контакти з канцерогенами можуть притупити ген, що стримує розвиток пухлин, і тоді клітини починають неконтрольовано рости, і в результаті розвивається рак.

4. *Втрата протеостазу.* У середині клітини погоду роблять білки, вони транспортують «матеріали», відправляють сигнали і вимикають різні процеси та підтримують структуру клітин, але з часом білки втрачають свою ефективність, тож організм їх утилізує. На жаль, із віком ми втрачаємо цю здатність до протеостазу. Клітинний сміттяр страйкує, а ми страждаємо від токсичного звалища білків, яке може стати причиною певної хвороби.

5. *Збій розпізнавання поживних речовин.* Людському тілу потрібно більше 40 різних поживних речовин, щоб бути здоровими, щоб усе працювало, як належить, клітини повинні вміти їх розпізнавати й обробляти. Але з віком ми втрачаємо цю здатність, наприклад, одна з причин набору ваги полягає у тому, що з роками наш організм уже не переправляє жир як слід. А це своєю чергою впливає на продукування інсуліну й може призвести до діабету.

6. *Мітохондріальна дисфункція.* Мітохондрії – це такі собі електростанції, які, перетворюючи кисень та їжу на енергію, дають нашим клітинам «паливо», проте з часом їхня продуктивність падає. Як наслідок, з'являються вільні радикали – шкідлива форма кисню, що калічить ДНК і білки та спричиняє багато хронічних захворювань, що пов'язані зі старінням.

7. *Клітинне старіння.* Під впливом стресових факторів клітини періодично «старішають». При цьому вони одночасно втрачають здатність до поділу й загибелі. Ці «клітини-зомбі» не можна прибрати з організму, вони накопичуються, заражають сусідні клітини та спричиняють справжній зомбі-апокаліпсис, послаблюючи наш захист перед запаленнями.

8. *Виснаження стовбурних клітин.* Із віком наш запас стовбурних клітин скорочується, іноді в десятки тисяч разів, а ті, що лишаються, стають набагато менш активними, що означає, що наша внутрішня система відновлення тканин та органів не може виконувати свою роботу.

9. *Зміна міжклітинного зв'язку.* Щоб організм працював як слід, між клітинами повинен існувати зв'язок. «Повідомленням» передають через кров, імунну й ендокринну систему, проте з часом сигнали слабшають. Деякі клітини не відповідають, а деякі перетворюються на зомбі, у результаті запалення, які вони викликають, блокують подальшу комунікацію. Таким чином, повідомлення не доходять до адресата і імунна система не може фіксувати хвороботворні організми. Тому вже сьогодні зростають інвестиції у розвиток технологій зі старінням, щоб майбутні покоління мали змогу жити на десятки років довше. Пошук омолоджувальних білків спричинив справжню біологічну «золоту лихоманку». У 2017 році Національний інститут досліджень питань старіння виділив 2,35 млрд доларів ученим, які займаються дослідженнями джерела молодості [1, с.178]. На сьогодні сучасними науковими напрямками в медицині є трансдисциплінарна взаємодія різних наук, наприклад, філософії та медицини, генетики та інформатики. Відбувається етап розвитку молекулярної медицини. І найбільше її відкриття – це вторинна структура ДНК (подвійна спіраль), що представляє послідовність із трьох мільярдів пар нуклеотидів, що містять азотисті основи, які позначають літерами А, Т, С, G, які несуть у собі цей код, визначивши який, можна прочитати книгу життя. Геном людини – це надзвичайно важлива віха в історії медицини, яку підсумував Нобелівський лауреат Девід Балтімор, який сказав: «Сьогодні біологія – це інформаційна наука». Рушійною силою цього незвичного вибухоподібного розвитку медицини частково є квантова теорія й комп'ютерна революція, яка дала нам точні моделі розташування атомів у кожному білку і в молекулі ДНК [2, с.204-212]. Не випадково виникла така наука, як біоінформатика, яка передбачає швидке сканування й аналіз геному тисяч організмів за допомогою комп'ютерів. Наразі науковці навчилися вирощувати у лабораторії шкіру, кров, кровonosні судини, клапани серця, хрящі, кістки, носи й вуха з власних клітин людини. Можливо, що в межах наступних років вченим вдасться виростити першу печінку й підшлункову залозу, що матиме велике значення для системи охорони здоров'я. Через деякий час через якихось кілька десятиріч можна буде виростити з клітин практично будь-який орган. Одна велика проблема – це навчитися вирощувати крихітні капіляри, що постачають кров до клітин, кожна клітина у тілі мусить мати доступ до системи кровообігу. Крім того, є проблема вирощування складних структур. Нирка, що очищає кров від токсинів, складається з мільйонів крихітних фільтрів, тож матрицю для цих фільтрів створити доволі складно. Однак найскладніше з усіх органів виростити людський мозок – це перспектива на найближчі кілька десятків років. «Стовбурні клітини» – це «матір усіх клітин», вони здатні перетворюватись на будь-який тип клітин тіла. У кожній клітині нашого тіла міститься повний генетичний код, що потрібний, аби сотворити ціле наше тіло. За допомогою стовбурних клітин потенційно можна вилікувати багато хвороб, зокрема діабет,

хвороби серця, хворобу Альцгеймера, хворобу Паркінсона, навіть рак. Оскільки з ембріональних стовбурних клітин можна створити будь-яку клітину тіла, то це дає безмежні можливості [3, с.142-201]. Таким чином, підводячи підсумки даному дослідженню відмітимо, що ми досліджували потенційні прориви на ниві довголіття, за допомогою найсучасніших технологій, нові стандарти персоналізованої медицини, поєднавши повне сканування тіла з повною розшифровкою геному. Проте це сьогодні зробити важко.

Список використаних джерел

1. Діамандіс Пітер, Котлер Стівенс. Майбутнє ближче, ніж здається. Як технології змінюють бізнес, промисловість і наше життя / пер. з англ. Дмитро Кожедуб. Київ: Лабораторія, 2021, 320 с.
2. Пунченко Олег, Воронкова Валентина, Водопьянов Павел (Республіка Беларусь). Здравоохранение как глобальная проблема человечества. International scientific-practical conference "Management. business. technologies - innovation. trends and challenges ". 20 – 21 May 2021, Marijampole. P. 204-212.
3. Мічіо Кайку. Фізика майбутнього. Як наука вплине на долю людства і змінить наше повсякденне життя у ХХІ сторіччі. Львів: Літопис, 2017. 432 с.

ВПРОВАДЖЕННЯ ПРОГРАМ WELL-BEING ДЛЯ ЗАБЕЗПЕЧЕННЯ ЗДОРОВ'Я ПРАЦІВНИКІВ ОРГАНІЗАЦІЇ В УКРАЇНІ

*Масюк Олег Петрович, доктор філософських наук, доцент,
професор кафедри соціальної філософії та управління,*

*Заїка Олена Вікторівна, кандидат наук з державного управління, доцент,
доцент кафедри соціальної філософії та управління,
Запорізький національний університет*

Професійна діяльність людини в умовах постійних змін, реформ і соціальних потрясінь потребує постійного напруження задля пошуку інноваційних ідей забезпечення власного благополуччя. Як наслідок, постійний стрес, втома, психічний розлад різного ступеню та фізіологічні проблеми зі здоров'ям. Відповіддю на цей виклик з боку роботодавців стало створення умов реадaptaції та рекреації в організації, щоб персонал не втрачав свою продуктивність. Отже, аналіз основних засад впровадження програм well-being для забезпечення здоров'я працівників організації є актуальною темою для даної наукової розвідки.

Для аналізу описаної ситуації ми спирались на роботи Т. Бен-Шахара [1], Т. Рафа, Дж. Картера [4], Л. Малімон [3], які змістовно дослідили реалізацію комплексного погляду на благополуччя у практичній діяльності. Метою нашої роботи є визначення базових тенденції впровадження програм well-being та їх вплив на здоров'я працівників в українських організаціях.

Для початку зауважимо, що на нашу думку здоров'я працівника треба розглядати максимально широко та не відділяти його від благополуччя. Так, Дж. Хартер та Т. Раф як засновники концепції well-being виділяли п'ять елементів благополуччя: «...кар'єрне (наскільки людина добре наповнює свій час та полюбляє своє місце роботи), соціальне (наявність тісних відносин та

любіві у житті людини), фінансове (наскільки ефективно людина розпоряджається своїми фінансами), фізичне (включає міцне здоров'я та наявність достатньої кількості енергії для щоденних справ) та громадське (відчуття приналежності до громади, у якій людина проживає) благополуччя» [4, с. 6]. Наведені п'ять елементів благополуччя знаходяться у прямому взаємозв'язку з фізичним здоров'ям людини, який базується на основі збалансованості її відносин із навколишнім соціальним світом.

За великий рахунок сутністю програм well-being є створення таких умов для працівника, щоб він відчув, що його праця – це його покликання. Т. Бен-Шахар зауважує: «Для людини, яка сприймає свою роботу як покликання, вона є самоціллю. Безумовно, її не байдуже, скільки їй платять, та вона також не проти просунутись по кар'єрних сходах, але працює вона головним чином тому, що їй хочеться працювати» [1, с. 141]. Тобто, головним завданням спеціаліста по роботі з кадрами є створення підґрунтя для того, щоб працівник зміг реалізувати себе на робочому місці, що є першою ознакою професійного здоров'я.

Зазвичай, програми well-being спрямовані на підтримку задоволення від умов праці, стимулювання здорового образу життя, підвищення особистих компетенцій та участь у благодійних акціях, які влаштовує організація. При цьому, всі ці сфери розвитку фахівця розглядаються цілісно та формують основу благополуччя на робочому місці.

Передовою сферою у боротьбі за здоров'я працівників є ІТ-компанії: «Так, у DataArt wellbeing – це частина корпоративної культури. Орієнтуючись на фахівців, як на головну цінність і капітал компанії, у DataArt створюють умови праці і програми, які спрямовані на персональне благополуччя працівників та їх ментальне здоров'я, всі комунікації на зовнішню і внутрішню аудиторії побудовані для формування стейтменту «Wellbeing – норма в сучасному суспільстві» [2]. Здоров'я як складова корпоративної культури – це велика мета та завдання для компаній, які розуміють, що людський капітал – це їх основний засіб для отримання доданої вартості при реалізації своєї продукції. Проте, не у всіх сферах українського суспільства все так добре.

Аналізуючи задоволеність праці на публічній службі, Л. Малімон приходить до сумних висновків: «Середні оцінки (65,0%) були отримані за інтересом до роботи й задоволеністю взаєминами із керівництвом; дещо нижчі – за професійною відповідальністю (55,%), наданням переваги роботі, яка виконується, високому заробітку (50,0%) та рівнем домагань у професійній діяльності (48,0%), що є свідченням недостатньої внутрішньої мотивації держслужбовців» [3, с. 11]. Це свідчить про те, що для працівників у сфері публічного управління мають розроблятися спеціальні програми well-being, які мають активізувати їх внутрішній потенціал та підтримувати їх турботу про благополуччя та здоров'я так само, як це робиться у передових галузях суспільного виробництва в Україні.

Отже, впровадження програм well-being впливає на покращення професійного здоров'я працівника за рахунок стимулюючих заходів, які підживлюють його саморозвиток та активне включення в роботу організації.

При цьому, можна констатувати ситуацію, в якій програми благополуччя активно розвиваються у провідних сферах національної економіки, але не знаходять повноцінної реалізації на публічній службі. Цей дисбаланс у сфері управління персоналом передбачає необхідність розробки методики належного задоволення потреб працівників організації, незалежно від форм власності.

Список використаних джерел

1. Бен-Шахар Т. Быть счастливей. Москва: Манн, Иванов и Фербер, 2012. 240 с.
2. Інновації, тренди та кращі HR-рішення роботодавців 2020. URL: <https://prichernomorie.com.ua/press/3131.php> (дата доступу 16.01.2022)
3. Малімон Л. Я. Взаємозв'язок психологічного благополуччя і задоволеності працею персоналу державної служби. Психологічне здоров'я персоналу організацій в умовах пандемії COVID-19: проблеми та технології забезпечення : матеріали XIV Міжнародної науково-практичної онлайн-конференції з організаційної та економічної психології (21 травня 2020 року). Київ – Біла Церква, 2020. С. 110-112.
4. Rath T., Harter J.-K., Harter J. Wellbeing: The Five Essential Elements. New York: Gallup Press, 2014. 229 p.

ЗДРАВООХРАНЕНИЕ – ДЕТЕРМИНИРУЮЩАЯ СОСТАВЛЯЮЩАЯ ГЛОБАЛЬНЫХ ПРОБЛЕМ ЧЕЛОВЕКА

Пунченко Олег Петрович, доктор философских наук, профессор кафедры стандартизации, оценки соответствия и образовательных изменений, Одесская государственная академия

технического регулирования и качества,

Воронкова Валентина Григорьевна, доктор философских наук, профессор, заведующая кафедрой менеджмента организации и управления проектами,

Инженерный институт Запорожского национального университета

Аннотация. В статье акцентировано внимание на обосновании здравоохранения как глобальной проблемы человечества. Раскрывается ретроспективный анализ взаимосвязи философии и медицины в цивилизационной истории человечества. На фактологическом материале отмечено развитие здравоохранения через борьбу с болезнями, эпидемиями, пандемиями. Сущность COVID-19 объяснена как гео-, био-, социальный квант, негативно воздействующий на все сферы деятельности человечества. Подчеркнута необходимость сплоченности медицинских умов планеты для разработки стратегии выживания человечества в условиях испытания пандемией коронавируса.

Ключевые слова: здравоохранение, глобальные проблемы человечества, взаимосвязь философии и медицины, болезни, эпидемии, COVID-19, социальный квант.

Annotation. The article focuses on the justification of health care as a global problem of humanity. The retrospective analysis of the relationship between

philosophy and medicine in the civilizational history of mankind is revealed. On the factual material the development of health care through the fight against diseases, epidemics, pandemics is noted. The essence of COVID-19 is explained as a geo-, bio-, social quantum, negatively influencing all spheres of human activity. The need for the unity of the medical minds of the planet to develop a strategy for humanity's survival in the face of a coronavirus pandemic trial is emphasized.

Key words: health care, global problems of humanity, interrelation of philosophy and medicine, diseases, epidemics, COVID-19, social quantum

Экскурс в анналы цивилизационной истории человечества дает право утверждать, что взаимосвязь философии и медицины – это не просто новый интеллектуальный проект XXI века, отражающий достижения современной медицинской научной мысли и требующий своего осмысления с позиции бурно развивающейся философской методологической базы и взаимосвязь прослеживается не только со становлением этих дисциплин в качестве научного знания, но обнаруживается ещё на уровне обыденного сознания через развитие народной медицины. Она основывалась на наблюдениях и испытаниях на больных разных средствах, большинство из которых были вредны скорее, но и попадались очень действенные лекарства. Поэтому народная медицина имела несомненные достоинства, но ее ни в коем случае нельзя сравнивать с научной медициной, основанной на наблюдении и строгом опыте.

На заре своего становления все религии занимались лечением и предупреждением болезней, практически не использовали знания народной медицины, а причиной болезней считали влияние злых духов и гнев богов, поэтому и средства против них заключались в организации ритуалов.

Основоположник первой мировой религии принц Будда в своей проповеди о страданиях, сформулировал главные недовольства рода человеческого утверждая, что и рождение, и старость, и болезни, и смерть есть страдания. И зародившаяся медицина приступила к исследованию болезней. И когда Будда «просил у отца всегда оставаться здоровым, и чтобы его не настигала болезнь, король-отец отвечал ему: «Ты просишь невозможного сын мой: в этом я бессилён» [3, с. 167]. В этом ответе уже закладываются основы пессимистического мировоззрения, фундаментом которого является страх перед болезнями.

Пессимистическое мировоззрение медицинской направленности обнаруживается, прежде всего, в идеалистической философии. Так, А. Шопенгауэр утверждает, что этот мир «наихудший из всех возможных миров», основанием для такого утверждения служит факт распространения эпидемических болезней, и объявляет жизнь человеческую злом. Его последователь Э. Гартман был убежден, что несмотря на успехи медицины человечеству никогда не удастся не только избавиться от болезней, но даже уменьшить их число. И он объявляет существование злом, от которого следует избавляться. И сегодня в условиях пандемии коронавируса пессимистическое мировоззрение не уходит с арены бытия человечества, страх перед заболеванием не покидает его, тем более что этот страх усиливают СМИ,

которые дают информацию о всеувеличивающейся заболеваемости и смертности из-за COVID-19 как в мировом, так и в региональном плане.

В противоположность пессимистическому мировоззрению в медицине и в философии в связи с их достижениями широко развивается оптимистическое воззрение на природу и сущность человека, как био-психосоциальное явление, исследуются его атрибутивные и альтернативные свойства. Помимо телесной организации и психологических задатков, человеку присуща система этих свойств. К «атрибутивным свойствам человека относятся его потребности к деятельности, познанию и свободе» [6, с. 17].

Существование разума без деятельности невозможно. Как правило люди удовлетворяют эту потребность в труде, но естественной потребности трудиться у человека, к сожалению, нет. Труд вызван общественной необходимостью, а любовь к нему – результат воспитания. На помощь этому недостатку человеческой природы приходит стремление разума к познанию, но эта помощь может быть существенной, если у индивида есть хорошие задатки, а общественные условия его бытия помогают ему их развивать.

Рост разумности человека ведет к усилению его потребности в свободе, одновременно углубляется и понимание самой свободы, ее связи с общественной необходимостью и личной ответственностью.

К альтернативным свойствам человека, составляющим ареал сознания, дух человека, содержание его мыслей, можно отнести: духовную потребность в общении, стремление к собственности, самоутверждение, потребность быть в коэволюции с природой, в единстве с окружающим социальным миром; потребность к самооценке, а также иметь свою точку зрения на социальную реальность и отстаивать ее; потребность к красоте, уязвимость к унижениям, оскорблениям и к другому злу; потребность в разнообразии, которое может быть как в содержании нового, так и в оценке через сравнение с тем, что было ранее и другие альтернативные свойства.

Исследования атрибутивных и альтернативных свойств человека и для медицины, и для философии расширяет горизонты оптимистического мировоззрения, стимулирует стремление к жизни, деятельности, общению, счастью. Известно, что знаменитый английский ученый сэр Джон Леббок напечатал сочинение «Счастье бытия» начинающиеся фразой «Жизнь есть большое благо». Его мировоззрение совершенно отличается от пессимистического, но он высказал его в 53 года [3, с.109]. Анализ развития смыслового содержания оптимистического мировоззрения и его позитивная оценка обнаруживается и у медиков, и у философов, в их работах после полувекового опыта жизни.

В истории взаимосвязи философии и медицины – это мировоззрение ярко обнаруживается в работах Авиценны, Гиппократ, Парацельса, Л. Пастера, И.И. Мечникова, а сегодня в работах В.Н. Запорожана и многих других.

Авиценна Ибн Сина свои философские взгляды изложил в «Книге исцелений», в которой он охватил все разделы философии как науки: логику, математику, химию, физику, метафизику, а работы «Книга указаний и наставлений» и «Книга знания» раскрывают его как родоначальника ираноязычной философии.

Теоретические сведения о медицинской науке он изложил в своем основном труде «Канон врачебной науки» в пяти книгах, где он охватил анатомию, физиологию, диагностику, хирургию, лекарства. Он выдвинул ряд гипотез, которые позже перешли в разряд научных знаний. Так, гипотезу Авиценны о том, что вирусы являются возбудителями инфекционных болезней, знаменитый ученый Луи Пастер смог подтвердить лишь через 800 лет. А «указанный выше «Канон врачебной практики» на протяжении 600 лет являлся основным учебным пособием для студентов европейских медицинских университетов» [5, с.3].

Главной заслугой Гиппократом является то, что он был первым медиком, поставившим изучение медицины на научную почву. Этому способствовало то, что медицина в Древней Греции была одним из самых уважаемых занятий, поэтому профессиональные врачи появились этой стране довольно рано, а их квалификация определялась довольно просто: по количеству излеченных больных. Ему принадлежит более 70 сочинений, из них пять связаны с обоснованием медицинского гуманизма, а конкретнее с философией. В своих медицинских изысканиях он больше опирается на практику чем на теорию. Его медицинские работы «Прогностика», «О суставах», «О переломах» и ряд других используются во врачебной практике (например, «шапочка Гиппократом») и сегодня. Идеям медицинского гуманизма посвящены работы: «Клятвы», «Закон», «О враче», «О благоприличном поведении» и «Наставления». Сегодня эти идеи широко развивает В.Н. Запорожан в работах «Нооэтика в этическом кодексе медицины XXI века», «Путь к нооэтике» и других. «Создание нооэтики следует рассматривать как стратегию сохранения и развития этических ценностей», в первую очередь – ценности выживания человечества... Инструментом нооэтики должно стать формирование нового отношения к природе, чувства персональной и социальной ответственности за состояние Био-и Ноосферы с тем, чтобы гуманное отношение к природе приобретало такое же моральное значение, как и отношение человека к человеку» [2, с.229]. Сегодня медицинское сообщество готовится к разработке новой клятвы врачей, но «основные положения клятвы Гиппократом – соблюдение конфиденциальности, забота о здоровье пациента, не причинение вреда» – будут сохранены.

Парацельс – один из основателей ятрохимии, автор знаменитого труда «Большая хирургия». Он официально отрекся от древней медицины и вместо выдуманных средневековых снадобий применял целебные травы, стараясь добыть из них действующее начало, которое называл квинтэссенцией. Он верил, что выработанные им приемы лечения хирургических заболеваний, впервые введенные в лечебную практику лекарства, методики хирургических операций, которые он разработал, окажут немалую помощь медикам.

Признание пришло поздно, но оно пришло. А он и при жизни был уверен в своей избранности и писал на закате жизни, которая длилась всего 48 лет. «Монархия над всеми искусствами была дарована, Парацельсу, принцу философии и медицины. Я был избран Богом чтобы известить все фантазии надуманных и лживых работ, обманчивых и самонадеянных слов, будь то слова

Аристотеля, Гаяна, Авиценны или любого другого из их последователей» [5, с. 575]. В работах исследователей наследия Парацельса он так и остался Принцем философии и медицины.

Проблема взаимосвязи медицины и философии пронизывает все научное творчество И.И. Мечникова. В работе «Этюды о природе человека» он раскрывает причины формирования пессимистического и оптимистического мировоззрения, их сущность, через понятия страха, неуверенности медицины в преодолении различных болезней и пандемий, и противостояния им. Это путь формирования пессимистического мировоззрения. Что же касается оптимистического мировоззрения, то оно формируется на достижениях мирового медицинского опыта и практике борьбы с преодолением ряда болезней. Он убедительно доказывает, что только через развитие научной медицины и практики этой науки, можно спасти человечество. Заслуживает внимания его исследование людей различного возраста к жизни. В противоположность А. Шопенгауэру, Э. Гартману и другим философам, И.И. Мечников утверждает, что у людей с большим биологическим опытом жизненного бытия превалируют оптимистическое мировоззрение, они реально оценивают жизнь как благо природы.

Этот краткий экскурс в историю взаимосвязи философии, медицины и религии необходим для подтверждения того факта, что этот интеллектуальный проект пронизывает всю цивилизационную историю человечества, но как утверждал Гераклит «все течет, все изменяется», так и этот интеллектуальный проект в XXI веке приобретает новое смысловое содержание. Интеллектуальных проектов взаимосвязи естественных наук с философией существует много: философские проблемы математики, физики, биологии, химии, кибернетики и другие, но на наш взгляд проект взаимосвязи философии и медицины разрабатывается медленно и считаем, что эта конференция даст толчок к новому подходу их взаимосвязи. Поле осмысления сущности этого интеллектуального проекта расширилось в связи с COVID-19, который затронул все сферы деятельности человечества и, прежде всего, его биологическое бытие. Но в отличие от прошлых пандемий, которые преодолевались медицинским опытным путем, сегодня ярко проявляется в лечении человека первенство политического подхода к решению главной задачи, его выживанию, но политикой стратегию биологического выживания не решим, здесь ареал деятельности медицины.

Вышеотмеченный экскурс в проблему взаимосвязи философии и медицины наталкивает на мысль, а почему проблемы войны и мира, экологическая, демографическая, терроризма являются глобальными, а здравоохранения – нет? В них четко обозначается человеческий фактор, а что в здравоохранении он отсутствует? Здесь существует позиция современной философии, которая связана больше с уходом к решению социокультурных проблем, оставляя «в тени» медицинские. В качестве примера привожу свои выступления (по Zoom) в 2020 г. в Литве и в Одессе на конференциях, где я выступал с докладами по здравоохранению, как глобальной проблеме человечества. Все считают, что постановка проблемы интересная; но пусть «запустят» ее медики, а мы подхватим. Такая позиция «подхвата» снижает

интерес к философии, к ее способности фундировать новые идеи, расширять ареал связи с естественными науками.

Тем не менее, классифицирую глобальные проблемы человечества, проф. А.А. Чумаков в конце XX века в работе «Философия глобальных проблем» [7] выделяет три группы глобальных проблем. Первая – интерсоциальные проблемы, в нее входят предотвращение войны и сохранение мира. Вторая – проблемы системы «человек-общество», в нее входят проблемы народонаселения (демографическая); здравоохранения, образования, адаптации человека к современным условиям, развитие различных культур и их взаимодействие, обеспечение социальной стабильности. Третья – проблемы взаимодействия общества и природы. К ним отнесены: проблемы взаимоотношения общества с окружающей средой (экологические проблемы); новые глобальные объекты природы (освоение космического пространства и Мирового океана) [7].

Из этой схемы напрашивается вывод, что к глобальным проблемам человечества, относятся те, которые затрагивают интересы всего человечества, то есть имеют масштабный, общечеловеческий характер, чрезвычайную остроту и требуют их коллективного решения. Однако ряд этих проблем обусловлен не только научно-техническими, экономическими и технологическими процессами, а имеют социальную природу, поскольку они связаны с получением максимальной прибыли – главной целью материального и информационного производства, с хищнической стратегией природопользования и другими негативными процессами.

В вышеописанной схеме здравоохранение впервые было выделено философией как глобальная проблема. Через год эта работа была переведена на китайский язык, где начались широкие исследования проблемы здравоохранения, поскольку в 70-е годы XX века исследования демографической проблемы в Китае было представлено крайне неточными фактами. В советской науке указывали, что рост населения в Китае составляет 24 млн в год, а через семь лет за парты в школах садились 15 млн. китайчиков. И этот разрыв объяснялся не низким уровнем развития здравоохранения, а нежеланием учиться. Когда в 1978 году прозвучал призыв Дэн Сяопина к освобождению разума, «когда институты и университеты возобновили разрушенные системы обучения, когда инженеры и технический персонал вернулись на прежние рабочие места и особенно когда Дэн Сяопин назвал науку и технику «первоочередным приоритетом», спрос на образование резко вырос. Мысль о том, что «у всякого есть право на высшее образование», сделалась весьма популярной, и Китай устремился к овладению знаниями» [4, с. 30]. Сегодня эта страна успешно реализует программу построения общества знания, развивая систему здравоохранения.

В связи с развернувшейся пандемией коронавируса сегодня, по утверждению А.А. Чумакова, «проблема здравоохранения преодолела не только локальные, но и региональные границы и вышла на глобальный уровень» [8, с. 8]. Это означает, что здравоохранение переходит в ранг глобальной проблемы человечества, его главной задачей выступает поиск путей

и стратегий выживания человечества. Оно выступает в качестве детерминирующего начала взаимосвязи всех глобальных проблем. И здесь необходимо учитывать, что здравоохранение, медицина, как отрасль научного знания, связана с исследованием разума. Он воплощается в медицинских изысканиях человечества и должен быть атрибутивно-нравственным. Поскольку человек – это природно-социальное, телесно-духовное существо, обладающее атрибутивными альтернативными свойствами, то через разум человека они выступают как единый сплав/, отражающий качество и динамику его поведения и деятельности.

Процесс развития сферы человеческого разума по своему смысловому содержанию конструктивен, он несет возможность решения наиболее сложных актуальных проблем. «Однако социальная практика человечества XX- начала XXI века демонстрирует не столько гармонию, сколько кризис отношений человека и природы и вынуждает критически оценивать достижения и перспективы человечества в сфере так называемых N VIC – технологий, кардинально меняющих не только био- и ноосферу, но и природу самого человека» [2, с. 222].

И все же главной задачей здравоохранения в цивилизованной истории человечества являлась и является борьба с болезнями, эпидемиями, пандемиями. Они висели и висят дамокловым мечом над человечеством и время от времени опускаются на его головы. На болезни оказывают влияние, как внешние факторы, так и самодеятельность человека. Когда речь идет о болезнях, здравоохранение в первую очередь учитывает обстоятельства возникновения возбудителей болезни. Известно, что «в качестве паразитирующих на человеке они появляются лишь в ходе самого антропогенеза. В настоящее время насчитывается около 1000 подобных болезнетворных видов – вирусы, бактерии, гельминты, насекомые, причем от такого симбиоза человек получил немало преимуществ позитивного характера. Оказывается, эволюционно отвечая, на давление этой биоты человек изменился и сам» [1, с. 214]. И здравоохранение вынужденно постоянно менять свое содержание в борьбе с этой биотой. Например, практика использования антибиотиков, которые фармацевтика меняет каждые 4-5 лет показывает, что патогенные организмы быстро приспосабливаются к новой среде, формируя новые устойчивые штаммы. «Человек приспосабливается к возбудителям болезни. Его иммунная система как раз и является эволюционным ответом на их воздействие. От болезни гибнут менее приспособленные организмы, а более устойчивые выживают, в течение тысячелетий таким способом формируется устойчивость к определенным патогенам, которые вследствие этого становятся менее опасными для людей» [1, с. 215].

Следовательно, и возбудители болезней, и сам человек находятся в устойчивой связи со свойственными им экосистемами, а наиболее рациональным методом борьбы с болезнями является прерывание их развития на промежуточной стадии, относительно безопасной для человека, что и выступает одной из детерминированных задач здравоохранения.

Почему же вопрос о здравоохранении как глобальной проблеме не поднимался раньше, ведь он своеобразно древний, как и мир общественных отношений в котором мы живем? Ответ прост. Этот вопрос вставал только каждый раз, когда человечество в очередной раз переживало эпидемии и пандемии, с которыми неоднократно сталкивалось.

Наиболее распространенные из них заставляли человечество искать причины их возникновения и средства борьбы с ними. Историю человечества, вплоть до сегодняшнего дня, с позиции негативного фактора и историю научной медицины можно исследовать по «моровому шествию» эпидемий и пандемий, таких как чума в ее различных проявлениях: описанная в шумерской мифологии Фукудимом; чума Юстиниана; танцевальная чума в Страсбурге, запечатленная на картине Питера Брейгеля – старшего; в Украине она развернулась в Киеве в 1738 г. и завершилась через 100 лет (1837 г.) в Одессе. Во время чумы в Украине умирал каждый 10 житель. И все же медицина находила способы укрощения чумы, но на смену приходили другие болезни – оспа, холера, тиф, язва, лихорадка, туберкулез, скарлатина, дизентерия, корь, коклюш, СПИД, грипп, а сегодня COVID-19.

Анализ вышеотмеченных болезней, эпидемий, пандемий, позволил П.А. Водопьянову и В.С. Крисаченко сделать вывод, что «эти и другие заболевания обусловлены нарастающим загрязнением окружающей среды, в результате чего меняются темпы и скорость биологической эволюции и потому можно предположить, что инфекционные заболевания будут нарастать экспонциальными темпам. Успехи медицины не могут заслонить того бесспорного факта, что человек не в состоянии без вреда для себя изменить законы эволюции биосферы. Вмешиваясь в естественный ход эволюционных процессов и становясь мощным агентом естественного отбора, человек тем не менее не способен взять на себя поистине гигантскую геологическую работу биосферы, которая преподносит ему немало сюрпризов» [1, с. 224]. В этой работе, вышедшей за год до COVID-19, авторы прогнозируют возможность новой пандемии для человечества.

И в XXI веке человечество столкнулось с пандемией коронавируса. COVID-19 предстал как глобальный гео-, био-, социальный «квант» негативного воздействия на медицинские, социально-экономические и коэволюционные процессы, как негативная стадия «стартапа» в социодинамике глобализирующего мира, как отклик природы человечеству за хищническое отношение к ней. Сегодня понятие «квант» используется для исследования природы и понимания сущности и основы большинства биосоциальных макрообразований.

Как утверждает ВОЗ, COVID-19 – это не лабораторный, а природный патоген и борьбу с ним необходимо вести через тесное сотрудничество лучших медицинских умов планеты, а не отдавать на откуп политическим устремлениям противоборствующих стран, и если пойти по второму пути, то это «моровое шествие» по планете Земля резко возрастет. И нельзя обвинять Китай, США, Испанию, Италию в этом «подарке» человечеству, почву для его возникновения оно подготовило вместе.

И сегодня в новой ипостаси встает проблема здравоохранения, природа дает в очередной раз «поумнеть» человечеству во взаимоотношениях с ней.

Таким образом, анализ взаимодействия медицины и философии в цивилизационной истории человечества дает право утверждать о глубокой заботе этих наук за его судьбу, особенно на современном этапе в условиях COVID-19.

Несомненно, пандемия коронавируса уйдет в анналы истории человечества, оно ее переживет, как пережило разные болезни, эпидемии, пандемии, войны. Но на его теле останутся рубцы как память о человеческих жертвах, финансово-экономическом кризисе, о спаде духовного мира человечества. Но поумнеет ли человечество в своих взаимоотношениях с природой - вопрос будущего.

Список использованной литературы

1. Водопьянов П.А., Крисаченко В.С. Стратегия бытия человечества. – Минск: Беларуская навука, 2018. – 306 с.
2. Запорожан В.Н., Донникова И.А., Ханжи В.Б. Между добром и злом: нравственное самоопределение личности. – Одесса ОНмеду, 2020. – 264с.
3. Мечников И.И. Этюды о природе человека. – М.: АНСССР, 1961. – 292с.
4. Нейсбит Дж. И Дор. Китайские мегатренды. – М.: Астрель, 2012 – 315 [5] с.
5. 500 знаменитых людей планеты. – Харьков: Фолио, 2006. – 991с.
6. Трибулёв Б.С. Природа и сущность человека. – Минск: Технопринт, 1999. – 256 с.
7. Чумаков А.Н. Философия глобальных проблем. – М.: Знание, 1994. – 160с.
8. Чумаков А.Н. Глобалистика в контексте современности: испытание пандемией//Век глобализации. – № 3. – 2020. – С. 3-14.

ЕКСПЕРТНІ СИСТЕМИ ЯК ФАКТОР ЗМІНИ ФОРМ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я

*Садовніков Олег Костянтинівич, к. філософ. н.,
доцент кафедри філософії та соціології,
Національний фармацевтичний університет*

Розвиток інформаційного суспільства вносить корективи майже в усі сфери діяльності суспільства. Виключенням не стає і освіта та підготовка фахівців у галузі медицини та взагалі розвиток та майбутнє медицини. З середини 70-х років минулого століття, почала діяти розроблена у Стенфордському університеті медична експертна система MYCIN. Звісно, що розповсюдження комп'ютерів, ускладнення медичної техніки, томографії, ультрасонографії, досліджень із застосуванням ізотопів, зростання баз даних тощо, призводять до суттєвих змін алгоритмізації медичних задач та діагностиці. Рівень розвитку сучасної медицини вже дозволяє проводити окремі терапевтичні дії без безпосереднього контакту пацієнта та лікаря.

Практична медицина стає все більш комп'ютеризованою, що у свою чергу безпосередньо відображається і в освітній сфері. Це простежується у введених відповідних стандартів при закінченні вищої школи, які нагадують наукову структуру середньовічного університету: «бакалавр мистецтв», «бакалавр наук», «магістр», з таким же акцентуванням на «квадріум», де перевага надавалася розумінню та вмінню апелювати числами. Так і зараз, вміння та навички апелювати числами та знаками, діяти в системі алгоритму стають переважними, що починається з уніфікації стандартів вищої освіти, програм викладання, перевірки знань шляхом тестування, спрямованого на підтвердження відповідного знання, або відповідної цільової кваліфікації. При тому, слід звернути увагу, що при наростанні об'ємів теоретичного знання, відбувається послаблення практичної діяльності, майже зведено зовсім нанівець робота над помилками, особливо при вирішенні важких завдань. В системі автоматичного нарахування балів для визначення рівня кваліфікації, не залишається місця для особистого втручання та дослідницької компетенції окремих осіб.

Вже цих, достатньо поверхневих спостережень, може бути достатнім щоб уявити перспективи розвитку медицини у близькому майбутньому. Так можна побачити, що фахівець який при навчанні орієнтований на алгоритмічні навички, орієнтований на роботу в експертних системах, теоретичні знання якого перевірені тестовою системою, а практичні навички, по більшості, пов'язані з комп'ютерними моделями, додавши ще зміни у свідомості, що пов'язані з особливостями сприйняття та існування у світі поколіннями X та Z, не тільки не прагне до проявів ініціативи та творчості, а може і не бути здатним до цього. Цього може бути достатньо, якщо експертні системи досконало працюють, але ж не слід забувати, що ці системи потрібно створювати, налагоджувати та контролювати можливі порушення, розумітися на «шумах», не нехтувати розумінням, що організм людини може мати індивідуальні особливості, та і взагалі, що людина це не цифровий набір і не механічна іграшка. При змінах, які неодмінно відбуваються та носять природний характер, не можна відмовлятися від створення нових рішень та нових задач. Але ж алгоритмічне вирішення проблем не розраховано на евристичну методологію, звикання до використання експертних систем не передбачає активізацію нових пошуків, а це позначає, що лікар все більш потрапляє в залежність від експертних систем та протоколів, що надає можливості для заміни лікаря на автоматизоване обслуговування пацієнта – лікування без лікаря. А це позначає, що кошти які могли би витратитися на медицину, стає більш доцільним витратити на гаджети, які надають можливості пацієнту лікуватися поза межами лікарні. Наприклад, за прогнозом американської аналітичної компанії Frost & Sullivan попит на послуги охорони здоров'я за допомогою цифрових технологій, поза медичними установами, зросте на 30%, очікується, що споживачі витратять на медичні гаджети й додатки не менш як \$25 млрд. Ще у 2016 році американські та європейські компанії, які виробляють медичне обладнання отримали інвестиції майже на \$ 4 млрд. Зрозуміло, що ці кошти витрачаються на охорону здоров'я, але вони не дійдуть до медичних

закладів, і як слід медичним закладам буде бракувати коштів для оновлення матеріальної бази та для забезпечення гідними умовам праці та життя медиків, що послабшає привабливість професії, враховуючи тривалість, складність підготовки, соціальну та моральну відповідальність лікаря. Це можна підкріпити даними з III Глобального форуму з кадрових ресурсів охорони здоров'я, який проходив ще у 2013 році, на якому був наданий прогноз про недостатність медиків у світі, яка може досягти 12,9 млн. осіб до 2035 р. Оптимістично можемо сподіватися, що цей брак людських ресурсів буде компенсований розвитком та втіленням штучного інтелекту та найдосконаліших експертних систем в систему охорони здоров'я, але це навряд можливо при наявності численних проблем, які вже наводилися, та й інших, які не були розглянуті. Також не слід забувати, що окрім проблем охорони здоров'я людство має вирішувати і інші проблеми глобального, економічного, політичного та соціального характеру. Не слід забувати і про різні можливості окремих держав: економічні, політичні, наукові, освітні та інші, що також буде впливати на розвиток та втілення експертних систем, штучного інтелекту та високотехнологічних засобів в систему охорони здоров'я, що скоріше за все буде вести до посилення позицій розвинутих держав та послаблення інших.

Науково-практичне видання

Збірник матеріалів
III Всеукраїнської науково-практичної конференції
з міжнародною участю

«Соціально-етичні та деонтологічні проблеми сучасної медицини
(немедичні проблеми в медицині)»
24-25 лютого 2022 року

Папір офсетний. Друк -ризограф.
Умов. друк. арк. 10,3
Наклад 100 прим. Зам. № 9445
Оригінал-макет виконаний в ЦВЗ ЗДМУ
69035, м. Запоріжжя, пр. Маяковського, 26
Видавництво ЗДМУ
69035, м. Запоріжжя, пр. Маяковського, 26